This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Moll** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

JAN 13 1898

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität Wien

Dr. WEBER-LIEL
Professor der Ohrenheilkunde in Bonn.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

BERLIN 1890.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Digitized by Google

CATALOGUED
JAN 13 1893
E. H. B.

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Abscess des vorderen Mediastinums an der äusseren Halsseite sich zeigend; Schnitt, Drainage, Heilung 256.
Acidum trichlor-aceticum. Anwendung des bei den Krankheiten der Nase und des Rachens 187.
Acustische Untersuchungen über die nasalen Vocale 21.
Acute Entzündung der Trommelhöhle als Complication bei der Influenza 216.
Adenoide Geschwulst, aus dem Boden des Sinus pyriformis entspringend 349.
— Vegetationen des Nasenrachenraumes bei Erwachsenen 379.
Aetiologie und Therapie des Asthma's, einige Beobachtungen über die 62.
Aluminium acetico-tartaricum und seine Anwendung bei Nasenkrankheiten 22.
Alveolarsarcom des Sinus pyriformis, ein Fall von 252.
Amboscaries und Ambosextraction 183.
Anatomo-pathologische Transformationen der Nasenmyxome 21.
Angioma des Larynx 222.
Anschwellungen, acute und chronische des adenoiden Gewebes am Dach des Pharynx etc. 251.
Antisepsis in der Nasenchirurgie 89.
Aphasie durch Gehirnabscess 127.
— im 2. Stadium der Syphilis 63.
— in Folge von Typhus 159.
Aphonia spastica, dritter Beitrag zur Kenntniss der 177.
Aristol, das in der Behandlung der Ozaena simplex 217.
— über 250.
Athmen, geräuschvolles bei Kindern 29.
Atrophie, Hypertrophie und Verbiegung der Nasenscheidewand 152.
Ausspülung, zur der Nebenhöhlen der Nase 117.

Bacillen des Rhinosclerom 86.
Bacterien, pathogene des Mundes 188.
Behandlung der acuten Krankheiten des Rachens mittelst Salol 91.
Beitrag zur Lehre der medianen, im Thyreohyoidealraum gelegenen Dermoidcysten 61.
Beitrag zur Lehre von den rheumatischen Larynxerkrankungen 222.
— zur pathologischen Anatomie des Ohres 257. 289.
Beobachtungen, einige über acutes und chronisches Auftreten von adenoiden Vegetationen und deren Behandlung 24.
Bericht, kurzer über 12 Kehlkopfexstirpationen 381.
— über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken 313. 373.
— über die Verhandlungen d. Abtheilung für Ohrenheilkunde der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Bremen 1890 369.
— über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen Congresses zu Berlin 261. 297. 329. 359.

Digitized by Google

Billroth's Modificationen der v. Langenbeck'schen Methode der Uranostaphyloplastik 122.
Blindsack, ein im vorderen Gaumenbogen etc. 155.
Blutungen nach einer Uvula-Amputation 154.
— nach Tonsillotomie, über die Ursachen der 251.
Bursa pharyngea, über einige Erkrankungen der 123.
Bursitis pharyngea acuta 122.

Carcinom des Nasenrachenraumes 218.
Chronischer Catarrh der Nase und des Pharynx mit Fortpflanzung auf den Sinus frontalis 24.
— Nasen- und Pharynxcatarrh, ein Fall von, offenbar verursacht durch ein arsenikhaltiges Haarwasser 123.
Cocainbehandlung des Ohres, Vortheile und Nachtheile 33.
Cocainisirung der Nasenhöhle und des Cavum pharyngo-nasale 380.
Collodiumbehandlung, über den Werth der bei erschlafftem Trommelfell 1.
Compression der Carotis communis bei cerebraler Blutung 255.
Congenitale Verschliessung d. Choanen, 2 Fälle von 121.
Congenitaler, eigenartiger Verschluss der hinteren Choane 57.
— Larynxtumor 61.
Creolin, Anwendung des, 2 Fälle von suppurativer Entzündung der Paukenhöhle 116.
— im Allgemeinen und besonders bei Hals-, Nasen- u. Ohrenleiden 153.
Croup, membranöser bei einem 12jähr. Mädchen 27.
— und Diphtherie 158.
Cyste der Arytenoidalgegend 254.
Cystenkropf, ein Fall von 124.

Dermatomyomen, multiple an der Nase, ein Fall von 250.
Deviation der Nasenscheidewand 121.
Disphonia spastica 28.
Drüsenhypertrophie der Zungenbasis 349.
Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Highmorshöhle 220.
—, die in der Laryngologie 92.

Einkeilung eines Gebisses in d. Speiseröhre während 15 Monaten 223.
Einschnitte, ergiebige bei Krebs der Glandula thyroidea 124.
Electrische Reaction, über die des Nervus acusticus und ihre graphische Darstellung 375.
Elephantiasis der Nase 23.
Empyem der Highmorshöhle, Beiträge zur Lehre vom 198. 231. 275. 341.
— —, zur Diagnose des 280.
Empyem der Kieferhöhle 154.
Entgegnung 213.
Erkrankungen der oberen Luftwege, die wahren Beziehungen zu den sogen. Nasenreflexen 219.
Epilepsie in Folge von Erkrankungen der Nase 153.
Experimentelle Untersuchungen zur Lehre d. Kehlkopflähmungen 311. 344.
Extraction eines in die Bauchhöhle nach Perforation des Magens gelangten Löffels 127.

Fibromyxom, subglottisches, endolaryngeale Entfernung, Krankenvorstellung 156.
Flüssigkeit, kann sie beim Ausspülen der Nase auch in deren obere Nebenhöhlen gerathen? 55.
Fornix pharyngis, Anatomisches und Therapeutisches über den 72. 102.
Fremdkörper der Trachea, einige Fälle von 125.
—, eingebildete im Pharynx 221.
— ein im Larynx 157. 180.
— im Oesophagus und in der Trachea, über 382.
—, ein in der Trachea 125. 351.

Galvanocaustik, die in der Behandlung von hypertrophirten Mandeln 25.
Gastrodiaphanie, die 93.
Gaumenhalter mit elastischem Zug 139.
Gaumensegelgeschwüre, über 90.
Gefühle, über, welche in den Mund verlegt werden 220.
Gehörgangstamponade, desinfectorische, die 161. 193. 225.
Geschwüre und Perforationen im Septum narium, über 380.
Gesichtserysipel, recidivirendes in einem Fall von Tornwald'scher Angina 25.

Digitized by Google

Gichtische Angina 58.
Grundsätze, über die der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen 53.

Habituelle Epistaxis 23.
Halsabscess mit Blutung 31.
Halserkrankungen, chron., rheumatischen Ursprungs 253.
Halslymphdrüsentumor 30.
Halsneurosen, 2 seltene Fälle von 318.
Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende 346.
Heiserkeit bei berufsmässigen Sängern und deren Behandlung 222.
Hemiatrophie der Zunge syphilitischen Ursprungs 27.
Hypertrophie des adenoiden Gewebes des Pharynxraumes etc. 350.
— der Drüsen und des Bindegewebes an den Seiten des Pharynx 220.
— der Zungenbalgdrüsen als Ursache von Parästhesien bei chronischem Rachencatarrh 382.
—, diffuse, fibröse, über die der Larynxmucosa etc. 350.
Hysterische Aphonie, verbunden mit Rhinitis hypertrophica 153.

Innervation, centrale, motorische, über die des Kehlkopfes 59.
Irritation der Augen, ein typischer Fall von, geheilt durch Behandlung der ursächlichen chron. Rhinitis 219.

Käsiger Schnupfen, Studie über den 119.
— —, über die Natur des 119.
Kehlkopfexstirpation, Vorschläge zur 318.
Kehlkopfschnitt wegen Papillombildung auf dem linken Stimmbande eines 4jähr. Kindes 157.
Kehlkopfstridor, angeborener bei Kindern 124.
Kehlkopfentzündung der Elementarschullehrer 29.
Knochen zwischen dem ersten und zweiten Drittel des Oesophagus eingekeilt etc. 223.
Koch'scher Bacillus als diagnostisches Moment bei der Larynxtuberculose 288.
Kopfknochenleitung, Beitrag zur 347.
Kopfschmerz, der nervöse 316.
Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase mit Einschluss der Rhinoscopie und der localtherapeutischen Technik 151.
Kropf bei einem Knaben, Erweichung der Trachealknorpel verursachend, Tracheotomie, Tod 124.

Laryngectomie, modificirte, ein Fall von wegen Larynxepitheliom, Heilung 28.
Laryngitis pseudomembranacea, 3 Fälle von 155.
— subglottica hypertrophica chronica, ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der 254.
—, traumatische. Wahrscheinliche Ruptur einiger Muskelfibrillen des Thyroarytenoideus internus. Gebrochene Stimme 383.
Larynx, Carcinom des, 2 Fälle von 190.
Larynxexstirpation 90.
Larynxfractur 92.
Larynxmassage, Studie über 28.
Larynxpapillom, ein Fall von, der durch Intubation geheilt wurde 156.
Larynxstenose, ein dunkler Fall von 125.
Larynxtumoren, über tuberculöse 384.
Larynxtumor, Recidive eines 22 Jahre nach der Entfernung durch Laryngotomie 123.
Leçons sur les maladies du larynx 286.
Lithaemie, einige Erscheinungen von in den oberen Luftwegen 384.
Localisation der Angina phlegmonosa 58.
— des Geruchssinnes, klinischer Beitrag zur Lehre von der 118
Lochbildungen in der Nasenscheidewand, welche bei Cementarbeitern vorkommen 24.
Lupus der Schneider'schen Membran 186.
—, primärer der Nase, Studie über 219.

Mandelabscess, Erstickungstod bei einem 155.
Mandel, die dritte 349.
Mandelerkrankungen nicht hypertrophischer Art, die Behandlung von 26.
Mandelentzündung, acute, folliculäre 123.
Mandelschanker 219.
Menthol bei Erkrankungen der oberen Luftwege 124.
— bei Larynxphthise 92.

Digitized by Google

Mittelohreiterungen, chronische, Betrachtungen über den gegenwärtigen Stand der Therapie, anknüpfend an einen Vortrag des Herrn Geheimrath v. Bergmann 116.
Mittelohrentzündung, acute zur Behandlung der mit Berücksichtigung der bacteriolog. Forschungsergebnisse 245.
Modification in der Anwendung der galvanischen Schlinge bei Entfernung der hinteren Nasenpolypen 88.

Nachweis, über den der Naseneiterung im Allgemeinen. Bemerkungen über die sogen. Tornwaldt'sche Krankheit 203.
Nasenausfluss, starker, wässeriger, nach einem Falle auf den Kopf 86.
Nasenblutenbehandlung nach Gegenreiz auf die Lebergegend 87.
Nasenbluten, Einspritzen heissen Wassers 87.
Nasenelephantiasis, Radicalcur durch Ausschaben 24.
Nasenleiden, Aphonie und Dyspnoe bedingend 88.
— und Neurasthenie 153.
Nasenpapilllome, über 187.
Nasenrachenraum, zur Anatomie des 85.
Nasenrachenpolyp, ein Fall 153.
Nasenrachentumor, recidivirender Heillung durch Electrolyse 21.
Nasenscheidewand, seltener Tumor d. 87.
Nervöse, durch Nasenleiden hervorgerufene Leiden 121.
Nervenatrophie, über im inneren Ohre 248.
Neurasthenie und Neuralgie nach Verwundungen der Nasenhöhlen 379.
Neurosen, entstanden durch Behandlung des Naseninnern 218.

Oedem, über septisches der oberen Luftwege 62.
Oesophagotomie, Bemerkungen über zur Entfernung fremder Körper 384.
Oesophagusstrictur, geheilt durch lineare Electrolyse 126
Ohr, das des Verbrechers 347.
Ohrerkrankungen während der letzten Influenza-Epidemie, einige Notizen über 321. 353.
Ohrgeräusch, auch objectiv wahrnehmbar, ein höchst eigenthümlicher Fall 184.
Ohrenleiden bei Tabes dorsalis 184.
Ohrschmerz, der u. seine Behandlung 215.
Ohrenklingen, andauerndes, ein Fall von, beseitigt durch Heilung einer Nasenverstopfung 20.
Ohrpolypen, Behandlung der 21.
Operation, eine zur Verbesserung der Deviation des Septum narium 120.
— eines sarcomatösen, am hinteren Theil der Choanen sitzenden Tumor's 121.
Orbitaltumoren, Bemerkungen über durch Schleimverhaltung im Sinus frontalis 220.
Organisationsfähigkeit, über die der Schalenhaut des Hühnereies 247.
Otitis media als Folgekrankheit der Influenza 52.
— — chron., eitrige, über 13 Fälle von behandelt durch Excision der Gehörknöchelchen 19.
Ozaena u. infectiöse Cornealgeschwüre 119.
— trachealis 250.
— und einige andere Formen von Rhinitis 380.
—, wahre Behandlung der 186.

Pachydermia laryngis 60.
Pachydermie, über die typische des Kehlkopfes 381.
Papillom der rechten Nasenhöhle 152.
— u. Larynxtuberculose 90
Parotis, ganze Entfernung der, Heilung 229.
Pathogenese der eitrigen Mittelohrentzündung 348.
—, zur, der nach Entzündungen des Gehörgangs auftretenden Erkrankungen des Schädelinnern 53.
Perforation, krankhafte des Septum narium 187.
Perichondritis des Kehlkopfes, Auszug aus einem Aufsatze über 29.
Periositis des Oberkiefers im directen Zusammenhange mit Influenza, 2 Fälle 184.
Pharyngocele und Erweiterung des Pharynx etc. 189.
Pharyngotomia subhyoidea 318.
Pharynxmycosis, Beitrag zur Lehre von 189.
Pharynxvertikel hinter dem Oesophagus verborgen, Pharyngotomie, Heilung 189.
Physiologie des Nervus recurrens, neue Untersuchungen über die 30.

Digitized by Google

Primäre, tuberculöse Neubildung im Larynx 92.
Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels und Larynxtuberculose 91.

Rachencatarrh chron., über die gegenwärtige Therapie des 26.
Rachensclerosen, acquirirte durch Päppeln syphilitischer Kinder 350.
Rachen-Diphtherie, ein Fall mit complicirtem Verlauf 59.
Resorcin in Verbindung mit Cocaïn bei Ohrenkrankheiten 65, 97.
— Resorcin gegen Keuchhusten 159.
Retronasalaffection, acute, mit typhoiden Erscheinungen 185.
Retrooesophagealabscess, ein Fall von 223.
Rhinitis als Ursache der Augenerkrankungen 119.
—, über käsige oder cholesteatomatöse 186.
— chronica als Ursache der Gesichtsacne 118.
Rhinocephalisches Monstrum 23.
Rhinochirurgische Mittheilungen 119.
Rhinolithiasis 88.
Rhinolithe 187.
Rhinolitis, ein Fall von 88.

Sagittale Spalten der hinteren Enden beider Siebbeinmuscheln 236.
Sarcom der Glandula athyroidea 223.
— der Schilddrüse, ein Fall von 62.
Schleimhautgeschwulst, üb. eine typische Form in der äusseren Nasenwand 13. 35. 75. 143. 171. 208. 238.
Schleimpolyp, ein Fall eines grossen, von dem Kehlkopftheile des Schlundes auswachsend 253.
Schlingenschnürer, ein neuer für Nasenrachenpolypen u. polypoid degenerirte hintere Muschelenden 188.
Schlitzung der Mandeln 27.
Sclérose, à propos de la thérapeutique de la 246.
Sondirung, die der Nebenhöhlen der Nase 343.
Spasmus glottidis mit nasaler Ursache 86.
Speiseröhren-Verengerung und Tuberculose 63.
Speculirung, über die, der Luftröhre durch die Trachealfistel nach ausgeführter Tracheotomie 191.
Spiegelschrift 351.
Stein in der rechten Nase 89.
Stenose des Larynx u. der Trachea 61.
Stimmbänder, falsche, deren polypen- u. tumorenartige Verdickung, Bemerkungen über 222.
Stimmgabel mit Luftantrieb 182.
Störungen des Geruches, Geschmackes, einige Fälle von 56.
Striae acusticae u. untere Schleife 182.
Syphilis des Larynx, der Trachea u. der Bronchien 29.
— durch Speichel mitgetheilt 92.

Taubstummheit und Meningitis 84.
Therapie bei Ozaena 176.
Tonbringer, die 129. 167.
Tonsillitis chronica hypertrophica 25.
Todesfall nach Exstirpation eines Kehlkopfpolypen 307.
Totalexstirpation des Larynx mit Heilung 254.
Tracheotomie bei Kindern 157.
— bei Larynxtuberculose 91.
— bei Phthisikern, Indicationen und Contraindicationen 190.
Trepanation d. Schläfenbeins bei Thrombose etc. 52
Trommelfell, das künstliche und die zu seinem Ersatze vorgeschlagene Methode 217.
—, Verletzungen des 183.
Tubage und Tracheotomie 351.
Tubar-Arzneimittelträger, ein und seine Verwendbarkeit bei Mittelohrerkrankungen 348.
Tuberculösen, über chirurgische Eingriffe bei 31.
Tuberculose bei Hühnern 31.
—, congenitale beim Kalbe mit Nachweis der Koch'schen Bacille 126.
Tumor, fibro-cartilaginöser, d. Zunge 254.
—, recidivirender, ungeheurer, der Untermaxillargegend etc. und sich zum weichen Gaumen erstreckend 155.
—, tuberculöser, der Nasenschleimhaut, ein Fall von 57.
Tumoren, adenoide des Nasenrachenraumes, clinische Studie über 89.

Ulcus septum nasi perforans 336.
Untersuchungen, weitere, über das Vorhandensein eines motorischen Rindencentrums für den menschlichen Larynx 190.
Uvula, einige Bemerkungen über Anomalien der, besonders der doppelten Uvula 252.

Digitized by Google

Vegetationen, adenoide, über 152.
— —, hochgradig. Stottern etc. durch Zerstörung derselben im Nasenrachenraum geheilt 57.
Verbiegungen der Nasenscheidewand, die und ihre Behandlung 379.
—, über die, der Nasenscheidewand bei Neugeborenen 120.
Verbreitungsweisen des diphtheritischen Ansteckungsstoffes, die verschiedenen und deren Ursachen 382.
Verfärbung der Mund- und Lippenschleimhaut bei Addison'scher Krankheit 189.
Verschluss, vollständiger, narbiger des Larynx, Heilung auf intralaryngealem Wege 60.
Versuche über die Wirkung der heissen Luft nach Weigert bei Larynxtuberculose 352.
Wirbelsäule, über Verkrümmung der bei obstruirenden Nasenleiden 134.

Zerstückelung, die, auf die Entfernung der Tumoren angewendet 255.
Zunge, über die schwarze 189.
Zungengeschwür, tuberculöses, Recidive, Heilung 189
Zungencarcom, ungeheures 154.
Zungentonsille, Beiträge zur Pathologie der 285.
Zusammenhang des Heufiebers mit den Nasenkrankheiten 89.
Zusammenhang zwischen Gesichtsrose und dem Erythem einerseits und dem inneren Nasendruck andererseits 121.
Zusammenhang, über den, von peripheren Reizen mit Erkrankungen der Nase und des Pharynx 219.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

d'Aguano 90.
Allen Harrison 58.
Aloin 87.
Arballela 159.

Baldwin 156.
Bardenheuer 318.
Bateman 125.
Baumgarten 33, 56, 119.
Berry 254.
Bing 183.
Blitz 219.
Boeck 219.
Bokai 59.
Bories 119.
Bosworth 219.
Botey 288.
Bousquet 256.
Braun, Michael 57.
Brigdman 223.
Bronner 123.
Brouwier 126.
Brown Dillon 29.
Brown Lennox 61.

Caillé 27.
Cameron 31.
Carbonieri 118.
Carleton 92.
Carpentier 155.
Cartaz 384.
Casselberry 153.
Catuffe 154.
Chambrelent 23.
Chappel 379.
Chataignier 184.
Cheatham 119.
Chiari, O. 58.
Claiborne 155.
Cohn 252.
Colles 19.
Couëtoux 89.
Cozzolino 186.
Crossfield 153.
Curgenven 124.

Daly 153.
Dayton 152.
Debray 31.
Dehio 92.
Delavan 24, 121, 190, 251, 350.
Delstanche 246.
Demous 90.
Dietrich 336.
Donaldson 30.
Doubre 24.
Duffield 121.
Dunlop 123.

Egidi 351.
Ehrmann 187, 350.
Einhorn 93.
Ekel 125.
Ewald 182.

Farlow 159.
Fassel 92.
Fauvel 61.
Finne 121.
Fort 126.
Foulerton 24.
Fowler 28.
Fox 218.
Freudenthal 92, 220.
Furundarena-Labat 254.
Garel 88.
Glasgow 62.
Gleitsmann 318.
Gomperz 215.
Goris 156.
Gougenheim 90, 91.
Gradenigo 347, 375.
Grünwald 307.

Habermann 248, 348.
Hansberg 3, 43.
Harkin 87.
Haug 217, 247.
Havilland Hall 29.
Hess 250.
Hinde 88.
Hinkel 384.
Hoffmann 53.
Holste 22.
Hood 123.
Hopmann 139, 213.
Horsley 59, 255.
Hughes 250.

Jackson 189.
Jarvis 121.
Johnson 190.
Jonquière 177.
Juffinger 57, 60.

Kafeman 26, 72, 102.
Kaufmann 13, 35, 75, 143, 171, 208, 238.
Keller 1.
Kersting 285.
Kidd 222.
Killian 236.
Kintzing 25.
Kirchner 346

Digitized by Google

Kirmisson 28.
Klein 152.
Klingel 280.
Knight 25, 28, 92.
Koch 190.
Koll 369.
Küster 53.

Lacoarret 187, 383.
Laker 185, 348.
Langlet 351.
Lannois 189.
Laquer 318.
Laranza 222.
Lavrand 25.
Le Dentu 127.
Leonhardi 158.
Leyden 351.
Lichtwitz 153.
Lincoln 121, 123.
Lober 189.
Loewenberg 21.
Löwe 161, 193, 225.
Löwenstein 217.
Lowe 253.
Luc 250, 350.
Ludewig 183.

Macdonald 29, 254.
Mackenzie 189, 252, 349.
Major von Montreal 121.
Malvez 126.
Mandillon 31.
Martin 186.
Marty 222.
Masini 89.
Massei 125.
Mathiesen 86.
Mauriac 29.
Melle 86.
Meyjes 176.
Miller 188.
Möser 184.
Monakow 182.
Moure 286.
Müller 157.

Neumann 55.
Noltenius 257, 289.
Noquet 152.
Nykamp 352.

Okell 91.
Onodi 57, 117, 311, 344.
Orlow 52.

Palton 24.
Patrzek 52, 120, 379.
Pause 382.
Péan 255.
Poelchen 85.
Polaillon 221.
Polasson 30.
Poncet 124, 154.
Potiquet 119.
Potter 124.
Pratolongo 21.
Predborsky 88.
Prenazek 191.
Purjesz 116, 126.

Raulin 219.
Rellig 129, 167.
Rèthi 60, 188, 218, 379.
Rice 89, 220.
Richards 223.
Robinson Beverley 62, 219.
Roe, John O. 26, 89, 349.
Rothholz 23.
Ruault, Albert 86.
Rupprecht 157.

Sajous 222.
Salzer 122.
Sänger 127.
Schaeffer 180.
Schech 151.
Schiffers 21.
Schmidt 27.
Schnetter 316.
Schoppe 28.
Schütz 198, 231, 275, 341.
Schultze 84.
Ségond 124.
Seifert 50, 152.
Seiler 61, 118.
Semon 59.
Sick 127.
Solis-Cohen, J. 62.
Sokolowski 254.
Sommerbrodt 381.
de la Sota 223.
Southam 384.
Spencer 255.
Stacke 116.
Stein 65, 97, 347.
Stelzner 382.
Storcam 153.
Strazza 87.
Suckling 124.
Symonds 254.
Szenes 261, 297, 321, 329, 353, 359.

Thompson 220.
Thorner 20, 221, 253.
Thudichum 380.
Tietze 381.
Tissier 63.
Trasher 187.
Trousseau 119.
Turner 223.

Wacques 155.
Wagner 184, 382.
Wagnier 88, 186.
Wasson 280.
Way 155.
Weeney 187.
Wheeler 189.
White 349.
Wiebe 154.
Wilson, John 63.
Williams 220.
Wright 120.

Zaufal 245.
Ziem 184, 203.
Zwaardemaker 380.
Zwillinger 122.

Druck von Marschner & Stephan, Berlin SW., Ritterstr. 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Neue Folge.

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. **A. Voltolini**

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaighofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schmiegelow** (New York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Zirm** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, Januar 1890.** **No. 1.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY
JAN 13 1890

I. Originalien.

Ueber den Werth der Collodium-Behandlung bei erschlafftem Trommelfelle.

Von

Dr. **C. Keller** in Köln.

Vor zehn Jahren theilte M'Keown (Belfast) seine Erfahrungen mit über die Anwendung von Collodium bei Spannungsanomalien des Trommelfells (cf. diese Monatsschr. 1879, No. 10) und empfahl das Mittel zur Fixirung der erschlafften Membran, zum Offenhalten von Perforationen, zur Verhütung von Retraction der Sehne des Tensor tymp. und ihrer Folgezustände sowie zur Lösung von Verwachsungen des Trommelfells mit der Labyrinthwand. Die günstigen Mittheilungen des Autors scheinen aber in der Praxis wenig Beachtung gefunden zu haben, denn, soweit wenigstens meine Literaturkenntniss reicht, hat seitdem nichts von weiteren Versuchen nach dieser Richtung hin verlautet. Es ist dies in der That befremdend, da bei der bekannten Fähigkeit des Collodium, stark zusammenziehend zu wirken, ein Effect von der Behandlung a priori wohl zu erwarten ist; diese Erwägung war es auch, welche mich veranlasste, von dem Vorschlage M'Keown's wiederholt Gebrauch zu machen, und wenn ich die hierbei gemachten guten Erfahrungen im Nachstehenden kurz mittheile, so hat mir hierzu neben dem Wunsche, auch Andere zu Versuchen mit dem Mittel anzuregen, hauptsächlich das

Digitized by Google

theoretische Bedenken Veranlassung gegeben, welches Herr College Katz (Berlin) jüngst bezüglich der Collodiumbehandlung ausgesprochen hat (Deutsche Medic. Wochenschr. 1889, No. 28), welches aber in seiner allgemeinen Fassung nicht zutreffend ist. Allerdings habe ich mich lediglich auf die Fälle ausgesprochener Erschlaffung, sei es des ganzen Trommelfells oder einzelner Abschnitte desselben, beschränkt, und die übrigen Indicationen, welche der Autor zum Theil nur theoretisch begründet hat oder bei welchen andere Methoden mir besseren Erfolg versprachen, bei Seite gelassen; mit dieser Einschränkung aber kann ich die Collodiumbehandlung nur empfehlen.

Was zunächst die Anwendungsweise betrifft, so habe ich nach vorheriger Luftdouche und bei starker Seitwärtsneigung des Kopfes das Collodium durch den eingestellten Ohrtrichter direct in den Gehörgang gegossen; die Bepinselung des Trommelfells ist umständlicher, schmerzhaft und unsicherer. Das überschüssige Collodium sauge ich sofort nach dem Eingiessen mit Watte aus dem Gehörgange auf, während der Kopf noch einige Minuten in der Seitenlage verbleibt; die nachfolgende Untersuchung ergiebt, ob das Trommelfell in toto mit dem Collodium überzogen ist oder nicht, in welchem Falle die Wiederholung der Procedur erforderlich ist. Nach der Application zeigt sich die bekannte Gefässinjection am Hammergriff und dem angrenzenden oberen Gehörgangsabschnitte, welche sich einige Stunden oder Tage lang erhalten kann. Dem Kältegefühl während der Erstarrung des Collodium folgt bald eine angenehme Wärme ohne sonstige lästige Erscheinungen, nur verspüren die meisten Patienten für die Dauer der ersten Tage beim Nasenputzen, Aufstossen, überhaupt bei stärkeren Luftdruckschwankungen im Mittelohre, mehr oder weniger heftige Stiche am Trommelfelle, welche sich aber in der bezeichneten Frist dauernd verlieren. Sonstige unangenehme Folgen haben sich nicht gezeigt, besonders habe ich unter einer grösseren Zahl von Fällen niemals eine Zerreissung des Trommelfells durch zu starke Zusammenziehung des Collodium eintreten sehen, wie Katz befürchtet und M'Keown in der That beobachtet hat; jedoch beziehen sich diese Fälle auf Lösung von Adhäsionen, während bei Trommelfellerschlaffung diese Gefahr, wenn überhaupt eine solche dabei besteht, ausgeschlossen sein wird, da hierbei nicht, wie bei den Adhäsionen, der Membran dem Zuge des Collodium ein nennenswerther Widerstand geleistet wird. Dass aber ein solcher Zug in der That besteht und das Collodium fest am Trommelfelle haftet, lehrt ein Versuch am trockenen Präparate, an welchem man die eine Hälfte des Trommelfells mit Collodium überzogen, die andere frei gelassen hat und nun mit der Sonde die Festigkeit der Collodiumdecke und den verschiedenen Spannungsgrad der beiden Hälften prüfen kann.

Die Wirkung der Behandlung äussert sich alsbald in der wesentlich beschränkteren Excursionsfähigkeit des Trommelfells; dies ergiebt die Untersuchung sowie die Angabe der Patienten, welche sich bedeutend weniger von den früheren Beschwerden belästigt fühlen. Dieselben sind bekanntlich oft sehr erheblich; während eine auffällige Hörverminderung bei relaxirtem Trommelfell nicht constant auftritt, ja zuweilen das Gehör so wenig darunter gelitten hat, dass unsere Anschauungen von der physiologischen Function und Bedeutung des Trommelfells hierzu in

Digitized by Google

directen Widerspruch treten, sind die Klagen über das höchst lästige Gefühl, welches die hin und her sich bewegende Membran verursacht, ständige; ebenso regelmässig leiden die Patienten an einer schmerzhaften Empfindlichkeit gegen hohe, besonders aber schrille Töne. All' diesen Beschwerden ist schon bei der ersten Anwendung des Collodium grösstentheils oder ganz abgeholfen; so konnte z. B. ein Bahnhofinspector sein Ohr ungestraft dem Pfeifen der Locomotive aussetzen, was ihm bis dahin stets die heftigsten Schmerzen verursacht hatte; ein anderer Patient, welcher, um den unangenehmen Druckempfindungen auszuweichen, welche das sich hin und her bewegende ausserordentlich erschlaffte Trommelfell verursachte, fast unaufhörlich bald den positiven, bald den negativen Valsalva'schen Versuch ausüben musste und der damit verbundenen Manipulationen wegen nur ungern noch in Gesellschaften verkehrte, war zu seiner freudigen Ueberraschung sofort von dieser Belästigung befreit. — Wie M'Keown bereits angegeben. beginnt die Collodiumdecke erst nach 3—6 Wochen und noch später sich abzuheben, so dass sie mit der Pincette entfernt werden kann. Auch dann behält das Trommelfell ausnahmslos einen erhöhten Grad von Spannung, was sowohl die Untersuchung als auch das subjective Gefühl des Patienten ergiebt. Worauf diese dynamische Einwirkung des Mittels beruht, mag dahingestellt bleiben, gewiss spielt der Umstand hierbei eine wesentliche Rolle, dass die bis dahin jedes Haltes beraubte Membran nun Wochen und Monate lang ruhig in ihrer Lage verbleiben konnte. — Meistens wurde der Sicherheit halber nach Abstossung der Collodiumdecke dieselbe Behandlung noch ein oder mehrere Male wiederholt; ob die Heilung eine definitive blieb oder nach Jahren wieder ein Recidiv eintrat, hatte ich nicht Gelegenheit, feststellen zu können.

Vergleichen wir die anderen, bei Trommelfell-Erschlaffung üblichen Methoden, wie Excision von Trommelfellstücken, Galvanocaustik, Bepinseln mit starken Höllensteinsolutionen u. s. w., mit dem in Rede stehenden Verfahren, so leuchten die Vorzüge desselben ohne Weiteres ein, insofern die Anwendung schmerzlos ist, keine Gefahr in sich schliesst und von raschem und nachhaltigem Erfolge begleitet wird.

Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase.

Von

Dr. med. **Hansberg** in Dortmund.

Wenn wir die medicinische Literatur der letzten 10 Jahre durchsehen, so fällt uns auf, dass besonders die der Nase eine unverhältnissmässig starke Bereicherung erfahren hat und dieses bisher so sehr vernachlässigte Organ zum Gegenstande lebhaftesten Interesses und eingehendster Studien geworden ist. Noch bis vor Kurzem war die Nase den meisten Aerzten eine terra incognita, sie galt als ein Organ von nur untergeordneter Bedeutung, und erst mit der Verbesserung der Rhinoscopie und einer Reihe bahnbrechender Arbeiten, die die Häufigkeit und Wichtigkeit der Nasenerkrankungen, ihren Zusammenhang mit Erkran-

Digitized by Google

kungen wichtiger Nachbarorgane, vorzugsweise des Ohres, betonten und eine Reihe der sogen. Reflexneurosen von Nasenleiden ableiten konnten, ist der Rhinologie die ihr gebührende Beachtung zu Theil geworden und hat sich ihr ein weites Feld geöffnet, auf dem sie bereits die schönsten therapeutischen Triumphe seit der kurzen Zeit ihres Bestehens gefeiert hat.

Auch den Nebenhöhlen der Nase hat man in neuerer Zeit eine erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet, seitdem man sich überzeugt hat, dass dieselben häufig den Ausgangspunkt erheblicher Beschwerden für den Kranken bilden, und eine erfolgreiche Therapie die bisher Zweifelnden belehrte, dass die verbesserte Technik unseren Instrumenten jetzt Zugang verschafft in bisher für unzugänglich gehaltene Körperregionen.

Von den Nebenhöhlen der Nase nimmt vermöge ihrer Grösse und Lage und ihrer nach den verdienstvollen Arbeiten Ziem's jetzt allgemein zugegebenen häufigeren Erkrankung die Oberkieferhöhle eine hervorragende Stellung ein, sie ist daher schon seit längerer Zeit Gegenstand therapeutischer Maassnahmen gewesen, während ihre Colleginnen, die Stirn- und Keilbeinhöhlen, bisher nur bei einzelnen Specialisten die verdiente Würdigung gefunden haben. Der Grund hierfür dürfte in der Schwierigkeit der Diagnose und der schweren Zugänglichkeit dieser beiden Knochenhohlräume zu finden sein.

Bis in die neueste Zeit ist viel darüber gestritten worden, ob die physiologischen Oeffnungen der Nebenhöhlen unseren Instrumenten erreichbar seien oder nicht, und während die Einen eine Sondirung für möglich, sogar leicht erklärten, läugneten Andere geradezu diese Möglichkeit und führten die positiven Angaben Jener auf Selbsttäuschung zurück.

In einer vor Kurzem erschienenen Arbeit von Bücheler findet sich eine auf diesen viel umstrittenen Punkt eingehende Stelle, die zu obigen Ausführungen eine treffende Illustration liefert und die ich daher des Curiosums halber hier anführen will.

Nachdem der Verf. darauf hingewiesen, dass die normale Oeffnung des Antrum Highmori weder dem Gesicht, noch den gewöhnlichen Instrumenten zugänglich sei, fährt er wörtlich fort: „Jourdain verspottet mit souveräner Ueberlegenheit die Leute, die eine solche Möglichkeit läugneten, da sie selbst zu ungeschickt zur Ausführung der Operation seien. Und doch hatte Jourdain Unrecht, was aus folgenden Gründen hervorgeht:

„Erstens passte seine Beschreibung der in Rede stehenden Oeffnung ganz ausgezeichnet zu dem, was sich von dem oben angeführten Foramen accessorium sagen lässt, und zweitens berichtet kein bekannter Anatom oder Chirurg der neueren Zeit mehr, dass ihm der Catheterismus des Antrum gelungen sei, während Andere direct anführen, dass sie den Versuch an der Leiche vergeblich gemacht.

„Das scheint für Jeden, der auch nur am knöchernen Schädel die betr. Verhältnisse sich daraufhin angesehen, ganz natürlich; wie vielmehr müssen aber diese Schwierigkeiten gesteigert werden durch das Hinzukommen der Weichtheile und Schleimhäute!?“

Henle, Hyrtl, Schwalbe berichten Nichts über die Sondirung und auch Zuckerkandl, der in seinem classischen Werke über die Nasenhöhle auch den Nebenhöhlen eine eingehende Besprechung widmet

Digitized by Google

und den Chirurgen manchen beherzigenswerthen Wink giebt über die Eröffnung der Oberkiefer- und Keilbeinhöhle — die Stirnhöhle schliesst er merkwürdiger Weise in diese chirurgische Besprechung nicht ein — schliesst sich in dieser Beziehung den oben genannten Anatomen an. Diese immerhin auffallende Thatsache kann nur so erklärt werden, dass Zuckerkandl entweder die Sondirung für unmöglich oder, weil durch andere Mittel ersetzlich, für zwecklos gehalten hat; ich glaube, man wird nicht fehl gehen, wenn man die erstere Ansicht als die wahrscheinlichere acceptirt.

Die Lehrbücher von Voltolini und Mackenzie übergehen die Sondirung, Schech glaubt dieselbe nur auf eine geringe Zahl beschränken zu müssen, E. König begnügt sich mit ihrer Erwähnung, während Andere, und unter diesen besonders Hartmann, Jurasz, Störk, Bayer, Bresgen, eine Sondirung in vielen Fällen für möglich erklären und dieselbe der Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen dienstbar gemacht haben.

Bei der bis jetzt offenen Streitfrage, bei dem begreiflichen Einfluss, den die Sondirung, falls sie ausführbar, auf die Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen haben würde, und bei der Bedeutung, die dieselben jetzt beanspruchen, da sie häufig genug den Lebensgenuss verbittern und nicht selten den Träger zu dem wenig beneidenswerthen Loos eines Hypochonders verurtheilen, schien es mir nicht ohne Werth, dieser Frage näher zu treten und den Versuch zu machen, zu ihrer Klärung beizutragen.

Wie aber für die Entwickelung und den Aufbau der medicinischen Wissenschaft die Kenntniss der Anatomie stets der Grundstein war und auch bleiben wird, so glaubte ich auch bei diesen Untersuchungen ein unanfechtbares Urtheil von eingehenden Studien an der Leiche abhängig machen zu müssen.

Zur Verfügung standen mir im Ganzen 80 Leichen, sämmtlich erwachsenen Individuen angehörig; ich wählte für meine Versuche Sagittalschnitte, da dieselben zum Studium der Ostien der Nebenhöhlen besonders geeignet erscheinen.

Das Material verdanke ich der liebenswürdigen Ueberlassung der Herren Geheimrath Waldeyer zu Berlin, Professor Nussbaum zu Bonn und Professor Fürbringer in Jena, denen ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche.

Es scheint mir vortheilhaft, die einzelnen Höhlen der Reihe nach zu betrachten, ich werde daher mit der grössten und wichtigsten, der Highmorshöhle, beginnen.

Dieselbe ist in Bezug auf Grösse und Form vielen Schwankungen unterworfen; von ihren 4 Wandungen ist die innerste, gleichzeitig das Ostium enthaltende, die wichtigste, aber sehr complicirt und zeigt in ihrem Bau die grössten Verschiedenheiten, so dass sogar bei ein und demselben Individuum selten eine vollständige Uebereinstimmung mit der der anderen Seite angetroffen wird.

In dem bekannten Werk von Zuckerkandl ist dieser Wand eine eingehende Beschreibung zu Theil geworden, ich werde daher die Anatomie derselben und der in Betracht kommenden angrenzenden Theile nur in so weit berücksichtigen, als das für die Sondirung erforderlich ist.

Digitized by Google

Um von vornherein das Resultat meiner Untersuchungen mitzutheilen, will ich bemerken, dass in wenigstens $^2/_3$ aller Fälle die Sondirung der Highmorshöhle ausgeführt werden konnte, dabei habe ich natürlich die Fälle ausgeschlossen, bei denen ausgesprochene Ozaena vorlag, demnach eine Sondirung leicht hätte stattfinden können; auf die Methode der Ausführung derselben komme ich weiter unten zurück.

Bei dem schon erwähnten verschiedenen anatomischen Verhalten der inneren Wand und der angrenzenden Theile, bei denen vorzugsweise die mittlere Muschel in Betracht kommt, sind 4 Punkte zu nennen, die für uns von besonderer Wichtigkeit sind, nämlich:

1) das Verhalten des Hiatus semilunaris,
2) die Grösse und Lage der mittleren Muschel,
3) die Weite des mittleren Nasenganges,
4) die Anwesenheit eines Foramen accessorium.

Ad 1. Der Hiatus semilunaris stellt einen nach meinen Messungen im Mittel 24 Mm. langen, schräg von vorn oben nach hinten unten verlaufenden Spalt dar, der innen vom Processus uncinatus und aussen von einer Siebbeinzelle, der Bulla ethmoidalis gebildet wird. Dieser Spalt erweitert sich zu einem Trichter, dem von Zuckerkandl so benannten Infundibulum, in dessen hinterem Ende, etwa 5 Mm. von dem oberen Rande des Processus uncinatus entfernt, die natürliche Oeffnung zum Antrum Highmori gelegen ist.

Ich will nun hier gleich ausdrücklich hervorheben, dass ich unter Sondirung der Oberkieferhöhle nicht nur den Catheterismus dieser physiologischen Oeffnung verstanden wissen will, weil in manchen Fällen das nicht gelingen wird ohne Entfernung der mittleren Muschel und günstige Weiteverhältnisse der Nase, sondern das Hineingelangen der Sonde in den Hiatus semilunaris, was auch für unsere Zwecke durchaus genügt, da der Hiatus semilunaris als unmittelbare Fortsetzung des Ostium maxillare bezeichnet werden muss.

Der Hiatus semilunaris unterliegt in Bezug auf seine Breite grossen Schwankungen; manchmal ist der Spalt schmal, in hochgradigen, übrigens sehr seltenen [1]) Fällen oft derart, dass man kaum eine ganz dünne Sonde hindurchführen kann, in anderen Fällen ist der Spalt sehr breit; in einem meiner Präparate (Fig. 1) betrug der Querdurchmesser sogar mehr als 10 Millimeter.

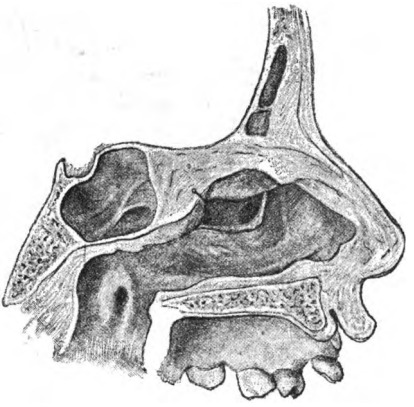
Auf die Breite des Hiatus ist die Bulla ethmoidalis von vorwiegendem Einfluss; ist sie klein, so wird dementsprechend auch der Spalt breit und klaffend, mit der stärkeren Entwickelung derselben tritt auch eine Verengerung des Hiatus ein, die Bulla kann sogar zu einer solchen Grösse anwachsen, dass sie über den oberen Rand des Proc. uncinatus hinwegragt, die mittlere Muschel an das Septum drängt und vor der letzteren dem untersuchenden Arzte als Anfang der mittleren Muschel imponirt.

In anderen Fällen ist die Form der Bulla derart, dass nur der

---

[1]) Wenn Wernher diese hochgradige Enge des Hiatus für die Norm erklärt, so kann diese Ansicht nur als das Resultat einer sehr geringen Anzahl von Untersuchungen an der Leiche erklärt werden, bei denen eben der Zufall seine Rolle spielte.

Digitized by Google



Figur 1.

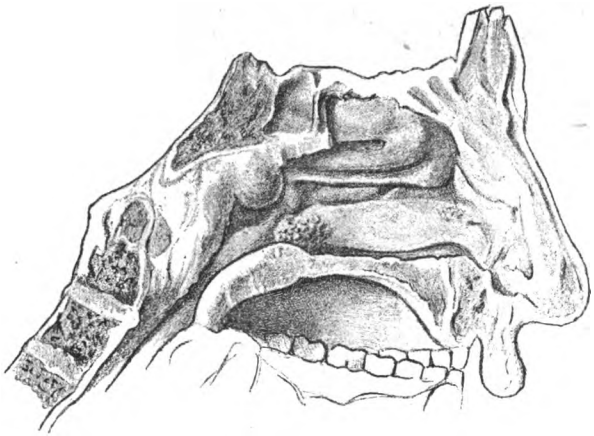
mittlere Theil derselben der äusseren Lefze des Hiatus anliegt, wodurch vorn oben und hinten unten eine Communication mit der Oberkieferhöhle bestehen bleibt und demnach noch die Sondirung unter Berücksichtigung anderer günstiger Factoren möglich sein kann; bei verschiedenen anderen Präparaten fand ich nur den oberen Theil der Bulla weit nach innen über den Processus uncinatus hinweg vorragend, die Muschel nach innen drängend, ein Befund, der für die Sondirung nur von günstigem Einfluss sein kann.

Auch der Processus uncinatus zeigt verschiedene Formen der Entwickelung: mitunter springt er stark convex nach einwärts vor, oft ist er in eine dicke Knochenblase umgewandelt, in der Regel wird dabei das Infundibulum sehr breit und rundlich gestaltet, besonders im hinteren Theil.

Ich glaubte auch die Lage des Hiatus, d. h. seine Entfernung vom Boden der Nasenhöhle, von Einfluss auf die Sondirung; ich stellte daher durch Maasse diese Entfernung fest und berechnete die Entfernung vom Anfang des Hiatus bis zum Boden im Mittel auf 34 Mm. und die vom Ende des Spaltes bis zu dem entsprechenden Punkte des Nasenbodens auf 27 Mm. Ich machte indessen bei diesen Versuchen die Erfahrung, dass die Entfernungen im Allgemeinen nicht sehr differirten und nur in seltenen Fällen von Einfluss auf die Sondirung waren. In einigen Fällen reichte allerdings der Hiatus so tief nach abwärts, dass das Ende desselben dicht oberhalb der unteren Mnschel sich befand, an der Stelle, wo man das Foramen accessorium zu finden pflegt. Der Processus uncinatus verläuft dabei natürlich steiler, als gewöhnlich. Zwei dieser Präparate bieten ausser diesem Befunde auch sonst noch so viel des Interessanten, dass ich dieselben kurz beschreiben und 3 Abbildungen beifügen will (Fig. II, III und IV).

In Fig. II befand sich oberhalb der unteren Muschel die mittlere, einen dünnen, flachen Vorsprung bildend und nach hinten als dünner, bandartiger Streifen ziehend, mit dieser fast in unmittelbarem Zusammenhang die dritte Muschel, ungewöhnlich weit nach vorn reichend und in

Digitized by Google

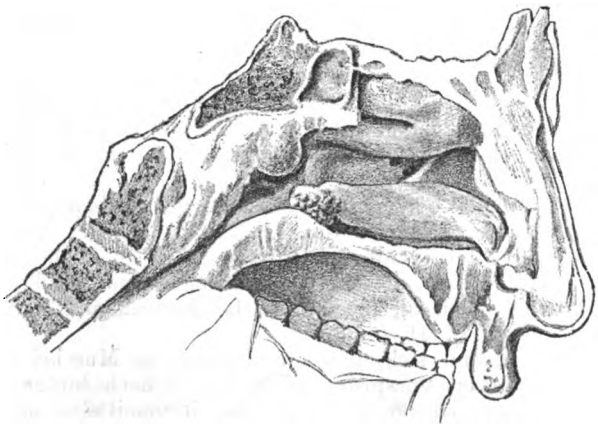


Figur II.

Grösse und Form mehr einer mittleren Muschel gleichend, darüber die vierte Muschel. Herr Prof. Nussbaum, dem ich das Präparat zeigte, erklärte die als zweite und dritte Muschel imponirenden Gebilde zusammen für die zweite Muschel, die in diesem Falle eine Zweitheilung erfahren hatte, eine Anomalie, wie man sie bei Thieren in der Norm vorfindet. Bei meinen Untersuchungen in Jena hatte ich Gelegenheit, dieser Anomalie nochmals zu begegnen, wenn auch in weniger ausgesprochener Weise.

Von Einzelnen wird berichtet, dass in seltenen Fällen die dritte Muschel bei der Rhinoscopia anterior zu sehen sei; sollte da nicht der vorbeschriebene Befund vorgelegen haben?

Der Zufall wollte es, dass an diesem Präparat ausser einer Hyperplasie des hinteren Endes der unteren Muschel am Rachendach, in der Gegend der Bursa pharyngea, eine gut haselnussgrosse Cyste gefunden



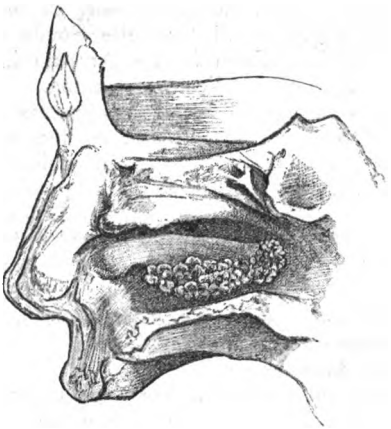
Figur III.

Digitized by Google

wurde, die, überall von dünner Wandung umgeben, einen dicken, schleimig-eiterigen, schmutzig grauweissen Inhalt hatte. Eine Sondirung wäre in diesem Falle, auch ohne das gleichzeitige Vorhandensein eines Foramen accessorium, das hier sogar höher lag, als die natürliche Oeffnung, sehr leicht gewesen.

Fig. III zeigt dasselbe Präparat mit Wegnahme des unteren Theils der mittleren Muschel, man sieht hier deutlich, wie steil der Hiatus semilunaris verläuft.

In Fig. IV ist das Foramen maxillare ebenfalls sehr tief gelegen, die untere Muschel zeigt ein echtes Papillom.



Figur IV.

Ad 2. Von der Lage und dem Bau der mittleren Muschel hängt es vorzugsweise ab, ob wir mit der Sonde in den Hiatus eindringen können, was leicht begreiflich ist, wenn wir berücksichtigen, dass dieselbe den halbmondförmigen Spalt für gewöhnlich dem Auge verdeckt. Von einigen Autoren ist daher die Entfernung der mittleren Muschel als conditio sine qua non empfohlen worden. Wir werden gleich sehen, wie weit diese Ansicht zutrifft.

Der Bau der mittleren Muschel ist sehr verschieden, manchmal ist sie gross, breit, stark knöchern, feststehend und nach aussen geneigt, oft weit nach abwärts reichend, in seltenen Fällen sogar bis über den oberen Theil der unteren Muschel, in anderen Fällen ist sie klein, hoch gelegen, beweglich und nach innen geneigt.

Findet das Erstere statt, so ist die Sondirung selbst bei breitem Hiatus semilunaris oft nicht möglich, im anderen Falle wird sie leicht gelingen.

Ad 3. In der Norm ist die nasale Wand etwas nach aussen ausgebaucht, während das Umgekehrte selten stattfindet. Mitunter sieht man diese Ausbauchung in so hohem Grade entwickelt, dass eine bedeutende Vergrösserung des mittleren Nasenganges entsteht auf Kosten der Highmorshöhle, hier kommt man dann oft noch mit der Sondirung zum Ziel, selbst bei sehr ungünstiger Lage der mittleren Muschel. In den meisten Fällen findet man diese Ausbiegung nur auf den hinteren

Digitized by Google

Theil der nasalen Wand beschränkt, es entsteht dann oft eine tiefe Grube, die weit nach aussen reicht und sich bis auf den hinteren Theil des halbmondförmigen Spaltes erstreckt.

Ad 4. Zuckerkandl hat gefunden, dass im 9.—10. Falle zu der constanten Oeffnung der Highmorshöhle noch eine zweite tritt, ein sogen. Foramen accessorium oder secundarium, das sich an jener Stelle im mittleren Nasengang findet, wo die laterale Wand die von Schleimhaut verschlossenen Lücken enthält, also gewöhnlich etwas hinter dem halbmondförmigen Spalt, etwas unterhalb desselben, selten mit ihm communicirend. Das Vorhandensein dieser accessorischen Oeffnung, gewöhnlich 2—3 Mm. gross, selten kleiner, häufig grösser, ist bei der Sondirung von der allergrössten Wichtigkeit und lässt die Sonde mit Umgehung des constanten Ostium maxillare direct in das Antrum hineingelangen. Gar nicht selten fand ich 2, sogar 3 dieser Foramina.

Bei meinen Untersuchungen ist mir das äusserst häufige Vorkommen dieser accessorischen Oeffnung aufgefallen; es kam auf den 6. — 7. Fall ein Mal ein solches Foramen. Mein Befund weicht von dem Zuckerkandl's erheblich ab, indessen dürften die Angaben dieses Autors, dem das Riesenmaterial von 300 Leichen zur Verfügung stand, eher der Wirklichkeit entsprechen, ich will indessen nicht unterlassen, anzuführen, dass auch Hartmann bei seinen zahlreichen Leichenuntersuchungen einen höheren Procentsatz fand. Jedenfalls spielt der Zufall[2]) hierbei eine Rolle. So fand ich in Jena nur im 15. Falle die accessorische Oeffnung, in Berlin und Bonn dementsprechend im 4. — 5. Fall; oder sollten locale Verhältnisse hier von Einfluss sein?

Je nach dem Befund dieser im Vorhergehenden angegebenen topographischen Varietäten wird nun eine Sondirung leicht oder schwer, möglich oder unmöglich sein.

Ich habe bis jetzt nur diejenigen Verhältnisse berücksichtigt, die sich innerhalb der physiologischen Grenzen bewegen, es erübrigt, noch der pathologischen Veränderungen zu gedenken, die von Einfluss auf die Sondirung sind, doch davon später.

Zur Sondirung benutzt man am besten eine ungefähr 15 Ctm. lange, ca. ½—1 Mm. dicke Sonde, die einen etwas abgebogenen flachen Griff hat. Das vordere, knopfförmige Ende wird derart abgebogen, dass es mit dem geraden Theil der Sonde einen Winkel von ungefähr 110° bildet und eine Länge von höchstens 6 Mm. hat. Unter guter Beleuchtung und Cocainisirung der Schleimhaut wird das Instrument in die Nase eingeführt, die abgebogene Spitze nach aufwärts gerichtet, zwischen mittlerer Muschel und äusserer nasaler Wand unter schleichenden, schiebenden Bewegungen, nie gewaltsam vorgehend, um nicht durch Verletzung der Schleimhaut und dadurch hervorgerufene Blutung die Sondirung zu erschweren. Fühlt man einen Widerstand, so geht man mit der Sonde etwas zurück, um zu versuchen, ob man nicht in anderer Richtung zum

---

[2]) Als ein Zufall kann es jedenfalls auch nur bezeichnet werden, dass ich unter den mir zur Verfügung stehenden 80 Leichen nicht ein einziges Mal in den Nasenhöhlen einen Schleimpolypen fand, auch polypöse Hypertrophie des hinteren Endes der unteren Muschel fand ich nur ein Mal in dem oben angeführten Fall (Figur II).

Digitized by Google

Ziele gelangt. Hat man mit der Spitze der Sonde ungefähr die Mitte der mittleren Muschel erreicht, so macht man eine Aussendrehung und es wird dann unter günstigen topographischen Verhältnissen die Spitze der Sonde leicht in den Hiatus hineingleiten. Die gelungene Sondirung kann man gewöhnlich daran constatiren, dass das abgebogene Ende der Sonde fest steht und der Griff beim Hineingleiten derselben in den Hiatus semilunaris eine Drehung von ungefähr 150° macht. Auch kann man mit dem Gefühl den scharfen Rand des Processus uncinatus, hinter dem die Sonde sich anhakt, gewöhnlich constatiren.

In vielen Fällen wird es sich empfehlen, erst in der Mitte der mittleren Muschel mit der abgebogenen Spitze zwischen diese Muschel und die äussere nasale Wand vorzudringen, da hier die Muschel häufig nach einwärts geneigt ist, aber am Anfang derselben der Raum zu eng ist, um eindringen zu können.

Nachdem wir nun gesehen, dass die Sondirung der Highmorshöhle in vielen Fällen möglich ist, komme ich zur Besprechung der Indicationen und Abschätzung des diagnostischen und therapeutischen Werthes derselben.

Die Neubildungen des Antrum Highmori sind hier von vornherein auszuschliessen, und dürfte sich der Nutzen der Sondirung im Wesentlichen auf die entzündlichen Erkrankungen der Oberkieferhöhle beschränken, und hier würde, da die in Folge eines Catarrhs entstandene Schwellung der Schleimhaut mit Ansammlung von Flüssigkeit wohl selten Veranlassung zu erheblichen Beschwerden geben dürfte, nur das Empyem in Frage kommen. Auch den sogen. Hydrops können wir ausschliessen, wenn wir mit Virchow an der Ansicht festhalten, dass derselbe auf einer cystösen Degeneration beruht, demnach seine Beseitigung eine operative Eröffnung des Antrums erfordern würde.

Somit bliebe nur das Empyem übrig, eine Erkrankung, bei deren oft erheblicher Schwierigkeit der Diagnose eine Verbesserung und Erleichterung derselben uns nur wünschenswerth sein kann.

Fast alle Beobachter stimmen nämlich darin überein, dass die Diagnose der Highmorshöhlenempyeme manchmal erheblichen, oft unüberwindlichen Schwierigkeiten unterliegt, und die bisher als für ein Empyem characteristisch geltenden Befunde: Eiterung im mittleren Nasengang, Vorbauchung der äusseren nasalen Wand nach innen, Auftreibungen des Oberkiefers, Neuralgien etc. sind nicht constant vorhanden oder, wenn einzeln auftretend, nicht beweisend. Auch die von Ziem und B. Fränkel angegebene Methode, den Kopf des Kranken auf die gesunde Seite und nach abwärts zu legen, um den Eiterabfluss zu befördern, bleibt in vielen Fällen ohne Erfolg; die sichersten Symptome sind immer noch Eiterung im mittleren Nasengang und Vortreibung der äusseren nasalen Wand nach innen mit Schwellung der Schleimhaut.

Unter diesen Umständen muss uns jedes Mittel willkommen sein, das zur Erleichterung der Diagnose beiträgt, und als ein solches möchte ich die Sondirung resp. Durchspülung der Oberkieferhöhle von der physiologischen Oeffnung aus betrachtet wissen.

Kann man nämlich mit der Sonde in diese Oeffnung eindringen — und, wie Hartmann gezeigt hat, genügt schon dies in vielen Fällen zur Feststellung der Diagnose, da man hierbei den in Folge der gleichzeitig

Digitized by Google

vorliegenden Schwellung der Schleimhaut am Hiatus semilunaris bisher zurückgehaltenen Eiter neben der Sonde hervorquellen sieht — so gelingt das auch mit einer entsprechend abgebogenen dünnen Canüle und mittelst dieser eine Durchspülung.

Von Hartmann ist zu diesem Zwecke eine sehr zweckmässige Canüle angegeben worden.

Ich will nun hier aber ausdrücklich betonen, dass ich diese Methode im Allgemeinen nur zur Diagnose empfehle und nicht zur Behandlung der Empyeme, wiewohl man in wenigen günstigen Fällen, z. B. beim Vorhandensein eines Foramen secundarium, und wenn man im Stande ist, die gründliche Entfernung des Eiters bewerkstelligen zu können, gut thun wird, erst dann auf eingreifendere Hilfsmittel zu recurriren, wenn man auf diese schonende Weise nicht zum Ziele gelangt.

Irrthümer in der Diagnose eines Empyems passiren jedem beschäftigten Arzte, und ich erinnere mich eines Falles, bei dem alle Symptome gegeben waren, die für ein Empyem characteristisch sind: Vorbauchung der äusseren nasalen Wand nach innen, Schwellung der Schleimhaut, Reste von Polypen und Eiter im mittleren Nasengang. Mit der Canüle gelangte man etwas oberhalb der unteren Muschel in einen klaffenden Spalt, jedenfalls ein Foramen accessorium, die Durchspülung liess sich leicht bewerkstelligen, aber die Spülflüssigkeit floss klar ab, es war kein Eiter im Antrum. Jeder die Sondirung nicht übende Arzt würde in diesem Fall sich für berechtigt gehalten haben, die operative Eröffnung der Highmorshöhle vorzunehmen, ein Eingriff, der für den Kranken zwar keine Gefahren im Gefolge hat, aber für den Operateur im Falle eines diagnostischen Irrthums jedenfalls unangenehm ist, zumal wenn man berücksichtigt, wie schwer die Kranken sich oft entschliessen können, die Anbohrung vornehmen zu lassen. Wird denselben aber die Anwesenheit von Eiter gewissermaassen ad oculos demonstrirt, und zwar auf eine schmerzlose Weise, was ich noch besonders hervorheben möchte, so willigen sie gewöhnlich leicht in eine Operation ein.

In vielen Fällen, zumal wenn man durch den Hiatus semilunaris die Ausspülung vornimmt, wird man nicht immer im Stande sein, sämmtlichen Eiter hierbei zu entfernen, das ist aber auch ganz unnöthig; zur Sicherung der Diagnose genügt schon eine geringe Menge des gewöhnlich stark foetid riechenden Eiters.

Von M. Schmidt ist eine Spritze angegeben worden, die derselbe zur probatorischen Punction vom unteren Nasengang aus benutzt. Wenn man bedenkt, wie dick hier der Knochen oft ist, so ist die Annahme gerechtfertigt, dass es in vielen Fällen nicht gelingen wird, denselben mit diesem Instrument zu durchstossen. Will man es anwenden, so würde ich empfehlen, nach dem Vorschlage Hartmann's den mittleren Nasengang in der Gegend des Foramen secundarium zu durchstossen; eine Gefahr, wie sie Mikulicz bei dieser Operation wegen der Nähe des Orbitalbodens hervorhebt, ist bei einiger Vorsicht mit Sicherheit auszuschliessen.

Ich hatte noch vor Kurzem, im Anfange meiner hiesigen practischen Thätigkeit, Gelegenheit, die Vorzüge dieser Operation bei folgendem Fall kennen zu lernen:

Frau S. aus Ahlen bei Hamm consultirte mich am 11. November d. J.

Digitized by Google

Seit einem Jahre im Anschluss an einen Schnupfen copiöser Eiterausfluss aus beiden Nasenlöchern, heftige Schmerzen am Nasenrücken und links in der Augenbrauengegend, Conjunctivae beiderseits injicirt, Thränenträufeln, links Oedem der Augenlider und Schwellung der Umgebung. Im mittleren Nasengang beiderseits Eiteransammlung, rechts pulsirender Lichtreflex, Schleimhaut besonders links geschwollen, hier schien auch die äussere nasale Wand vorgebaucht.

Da ich ein doppelseitiges Empyem der Oberkieferhöhle vermuthete, ging ich mit der Canüle in die natürliche Oeffnung, die Spülflüssigkeit floss aber klar ab. Um mich aber zu vergewissern, ob wirklich kein Eiter im Antrum sei, stiess ich mit der abgebogenen Sonde — ohne dass Patientin es irgendwie spürte — in der Gegend des Foramen secundarium die Wandung ein und spülte nun durch diese künstlich geschaffene Oeffnung aus. Auch jetzt floss das Wasser klar ab. Es war also sicher, dass die Eiterung nicht aus der Highmorshöhle stammte; man musste daher zuerst an ein Empyem der Stirnhöhle denken. Mit der abgebogenen Sonde konnte ich indessen nicht in den Sinus frontalis gelangen, was indessen leicht gelang, als ich linkerseits — die rechte Seite werde ich nächstens vornehmen — den vorderen Theil der mittleren Muschel entfernt hatte. Ein Zweifel darüber, dass ich wirklich in der Stirnhöhle war, ist sicher ausgeschlossen, da der eingeführte Theil der Sonde, vom Introitus nar. aus gerechnet, über 90 Mm. betrug, ausserdem die Kranke dieselbe in der Augenbrauengegend deutlich fühlen konnte.

Am Boden des Einganges zur Stirnhöhle konnte man eine ausgedehnte cariöse Stelle constatiren; ob gleichzeitig ein Stirnhöhlenempyem vorlag, liess sich selbstverständlich mit Sicherheit nicht entscheiden. Gleich nach der ersten Ausspülung trat erhebliche Besserung ein, vollständiger Nachlass der Schmerzen, Abschwellung des linken Auges, Eiterabfluss noch vorhanden. In der denkbar leichtesten Weise konnte also hier ein Empyem des Antrum Highmori ausgeschlossen werden.

Ueber die electrische Durchleuchtung der Highmorshöhle, die Heryng zur Diagnose anwendet, besitze ich keine Erfahrung.

(Schluss folgt.)

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Von der Redaction übernommen am 12. November 1889.)

Auf der vorjährigen 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cöln wurde in der zweiten Sitzung der otologischen Section

Digitized by Google

(siehe Schmiegelow's Bericht im Archiv für Ohrenheilkunde, 27. Bd., 4. Heft, Seite 238) unter Anderem auch „Ueber Empyem der Oberkieferhöhle" verhandelt, und zwar besprach A. Hartmann als Vortragender einige dabei vorkommende Verhältnisse, auf welche die Aufmerksamkeit bisher nicht gelenkt war. Der Schwerpunkt der Besprechung liegt zweifellos in der Mittheilung, dass er in nahezu der Hälfte der von ihm beobachteten Fälle eine Vorwölbung der nasalen Wand der Oberkieferhöhle im Bereiche des mittleren Nasenganges nach der Mittellinie gefunden hat. An späterer Stelle (l. c. Seite 239) wird die Vorwölbung auch „Schleimhautwulst" benannt. Ob dem Schleimhautwulste, abgesehen von der Eigenschaft eines bei Oberkieferhöhleneiterung häufig anzutreffenden und für dieselbe characteristischen, objectiven Symptomes, noch irgend welche andere Bedeutung zuerkannt werden könne oder solle, ist aus dem Autoreferate Hartmann's nicht ersichtlich.

Nun war mir besagte Erscheinung zur Zeit, als ich aus Schmiegelow's Berichte Kenntniss von ihr nahm, kein Geheimniss mehr. Schon lange vorher hatte ich sie ebenfalls zum Gegenstande eingehender Beobachtungen gemacht, und habe diese bis in die neueste Zeit fortgesetzt.

Nunmehr zur Ueberzeugung gelangt, dass wir es hinsichtlich „der Vorwölbung" oder „des Schleimhautwulstes" an der äusseren Nasenwand bei Oberkieferhöhlenempyem keineswegs mit einer blos zufälligen, nebensächlichen Erscheinung, sondern mit einem Gebilde von vielfacher und in jeder Beziehung hervorragender Bedeutung zu thun haben, so dass es unsere volle Aufmerksamkeit verdient, will ich die Ergebnisse meiner diesfälligen Beobachtungen hiermit der Oeffentlichkeit übergeben, trotzdem ich letztere noch nicht für abgeschlossen halte, blos zu dem Zwecke, um noch Andere zur Forschung in der angegebenen Richtung anzuregen.

Ich beginne sofort mit der Aufzählung der von mir beobachteten Fälle, von denen jedoch nur einige der prägnantesten ausführlich beschrieben, die übrigen aber in einer möglichst kurz und zugleich übersichtlich angelegten Tabelle Platz finden sollen.

1. Fall. K. J., 21jährige Lehrerin aus Prag, am 8. Decenber 1887 in Behandlung genommen. Patientin leidet 6 Jahre hindurch an Undurchgängigkeit der linken Nasenhälfte, verbunden mit eitriger, übelriechender, bei Vorbeugung des Oberkörpers noch vermehrter Secretion aus derselben, an beständigem linksseitigen Kopfschmerz, dem sich zuweilen Supraorbitalneuralgie, sowie fliegende Stiche im Nasenrücken und in der Wange derselben Seite hinzugesellen. Geruchsabnahme, Gedächtnissschwäche, Unlust zu geistiger Arbeit und rasche Ermüdung bei solcher. Zu Beginn des Leidens war auch häufig Zahnschmerz im linken Oberkiefer aufgetreten. Vor 4 Jahren consultirte die Patientin einen Facharzt und dieser bezeichnete Nasenpolypen als Ursache der genannten Symptome. Trotz mehrmonatlicher, operativer Behandlung konnte kein dauernder Erfolg erzielt werden. Die Polypen wuchsen immer wieder nach und beeinflusste ihre wiederholte Entfernung den Kopfschmerz und die eitrige Absonderung aus der Nase nicht im Geringsten. Nach zweijähriger Pause trat die Patientin zu mir in Behandlung.

Die objective Untersuchung ergab vollständige Obturation der linken Nasenhälfte durch zahlreiche Schleimpolypen verschiedener Grösse, zwischen deren Berührungsflächen eitriges, übelriechendes Secret hervor-

Digitized by Google

quoll. Die mittlere Muschel nicht sichtbar. Beide Buccales der linken Oberkieferhälfte plombirt, 1. Molaris fehlend, die übrigen Zähne gesund. In der rechten Nasenhälfte normaler Befund.

Nachdem die Polypen sämmtlich entfernt und keine Reste mehr sichtbar waren, kam die mediane Hälfte der vorderen Kante der hart an's Septum gedrängten mittleren Muschel zum Vorschein, während die laterale Hälfte von einer mächtigen, der äusseren Nasenwand aufsitzenden Schleimhautgeschwulst verdeckt ward.

Die Geschwulst beginnt hoch oben, scheinbar am vorderen absteigenden Nasendache, und zieht in senkrechter Richtung nach unten bis zum Anheftungsrande der unteren Muschel, wo sie etwa 1 Ctm. weit hinter dem vorderen Ende derselben endigt. Die Vorderfläche der Geschwulst erscheint convex nach vorne ausgebaucht, so dass bei Berücksichtigung des überwiegenden Längenmasses eine ausgesprochen wall- oder wulstartige Form zu Tage tritt, weshalb wir die Geschwulst im Weiteren als „lateralen Schleimhautwulst" bezeichnen wollen. Lateralwärts hebt der Wulst in seiner ganzen Länge von der Nasenwand äusserst scharf ab, so dass sich die Grenze zwischen beiden in Gestalt einer tiefen Rinne (Sulcus) oder vielmehr eines linearen Spaltes ausprägt, diesseits welchen die Schleimhaut eine normale Beschaffenheit aufweist. Der untere, scharf contourirte Rand des Wulstes sieht convex nach unten, der mediale erscheint uneben, zerfetzt, wahrscheinlich in Folge der Operation. Die Schleimhautbekleidung der Vorderfläche unterscheidet sich in Bezug auf Aussehen und Färbung nicht im Geringsten von einer normalen Schleimhaut; bei oberflächlicher Berührung mit der Sonde erscheint sie zwar etwas gelockert, doch macht sich bei stärkerem Drucke schon in geringer Tiefe ein derber Widerstand bemerkbar. Die Berührung zwischen medialem Wulstrande und mittlerer Muschel ist eine innige und vollständige. Bei oberflächlicher Besichtigung und ohne Sondirung des lateralen Spaltes erhält man also, wie Hartmann (l. c.) bemerkt, den Eindruck, als ob nach aussen von der mittleren Muschel sich noch eine zweite Muschel befände.

Aus dem Berührungsspalte zwischen Wulst und mittlerer Muschel quillt eitriges Secret hervor; dasselbe ergiesst sich sofort in reichlicherer Menge, sobald der Wulst von der Muschel ab- und seitwärts gedrängt wird. Dabei gelangt man mit der Sonde in den Sinus der mittleren Muschel und werden in der Tiefe noch einige polypöse Wucherungen bezw. Polypenreste sichtbar. Das Polypennest befand sich also zweifellos im Bereiche des Sinus der mittleren Muschel, höchst wahrscheinlich an der äusseren Nasenwand. Da ihm wegen des Wulstes mit der Schlinge nicht beizukommen war, ging ich mit einem scharfen Löffel ein und säuberte die betreffende Gegend so gut als möglich. In Folge dieses energischen Eingriffes war zwar der Kopfschmerz behoben, die Eiterabsonderung blieb aber übelriechend und nach wie vor bestehen.

Ich ging also daran, den Ort resp. die Ursache der Eiterbildung aufzusuchen. Zu dem Behufe trennte ich den Schleimhautwulst mittelst eines schmalen Scalpelles entlang der lateralen Insertionsfurche von der Basis (äusseren Nasenwand) ab, und da er noch am obersten Ende haftete, löste ich ihn von da mit der Schlinge. Das herausbeförderte Stück hatte

Digitized by Google

— namentlich in Bezug auf die Hinterfläche — ein annähernd raupenförmiges Aussehen. Als nächste Folge der Operation ergab sich der freie Einblick in den auffallend erweiterten Raum unterhalb der einwärts gedrängten und in Folge Atrophie abgeplatteten mittleren Muschel. Trotz vorangegangener Auslöffelung erschien die äussere Nasenwand noch dicht mit polypösen Wucherungen besetzt. Obzwar eine eigentliche Oeffnung nicht sichtbar war, gelangte man mit einer am Ende knieförmig gebogenen Sonde an der äusseren Nasenwand zwischen den Wucherungen hindurch in die Oberkieferhöhle. Nach Einführung einer gebogenen Röhre in die Höhle wurde mittels Irrigation eine reichliche Menge theils flüssigen Eiters, theils käsiger Massen aus derselben entleert. Obzwar längst kein Zweifel darüber bestanden hatte, war nun unumstösslich erwiesen, dass es sich um eine Complication von Nasenpolypen und Empyem der Oberkieferhöhle handle; welches von beiden das muthmassliche Grundleiden gewesen sein mag, wollen wir vorläufig unentschieden lassen und erst später in Erwägung ziehen.

Behufs rascher Heilung wurde Extraction eines der plombirten Backenzähne und Eröffnung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze aus vorgeschlagen; nachdem sich aber die Patientin hierzu nicht bewegen liess, musste die Heilung auf anderem Wege versucht werden, als: Zerstörung der polypösen Wucherungen und Erweiterung des Ostium maxillare mittels des Galvanocauters, sodann fleissige Irrigation der Kieferhöhle mit Borsäurelösung. Trotz der langwierigen Behandlungsmethode war dennoch der Erfolg in jeder Hinsicht ein vollständiger, so dass die Patientin am 9. Mai 1888 geheilt entlassen werden konnte.

2. Fall. K. M., 24jähriger Bahnarbeiter aus Prag. Patient leidet seit 8 Monaten an verminderter Durchgängigkeit der rechten Nasenhälfte, verbunden mit eitriger, übelriechender Absonderung aus derselben und continuirlichem, halbseitigem (r.) Kopfschmerz. Nachdem vor ungefähr einem Monate vollständige Verstopfung der betreffenden Nasenhälfte eingetreten war, gesellten sich zu den vorerwähnten Symptomen noch heftige und häufig wiederkehrende Schwindelanfälle hinzu, in Folge deren Patient arbeitsunfähig wurde.

Die objective Untersuchung ergab vollständige Obturation der rechten Nasenhälfte durch einen einzelnen grossen Schleimpolypen, dessen Ursprungsstelle ziemlich hoch gelegen schien. Da die Entfernung des Polypen von starker Blutung gefolgt war, wurde Patient auf einen der nächsten Tage beschieden. Als er zum zweiten Male erschien, war der Kopfschmerz gänzlich geschwunden, die Nasenathmung rechts ziemlich frei, Eiterabsonderung und Schwindel jedoch anhaltend wie zuvor. Bei der Untersuchung war von einem Polypenreste absolut nichts zu sehen. Der untere Nasengang erwies sich frei, der mittlere hingegen vollständig verschlossen von einem kolbigen Gebilde, welches schmal und scheinbar am Nasendache beginnend, senkrecht nach unten zog, und mit seinem unteren, gewaltig verbreiterten Ende die obere Fläche der unteren Muschel tangirte. Die Schleimhaut an der convexen Vorderseite normal gefärbt, glatt, oberflächlich etwas gelockert, doch schon in geringer Tiefe derb. Sämmtliche Ränder des Gebildes scharf gezeichnet, glatt. Das Gebilde liegt einerseits dem Septum, andererseits der äusseren Nasenwand innig

Digitized by Google

an, und bildet mit beiden je einen schmalen, linearen, vertical gerichteten Spalt. Der mediale Spalt ist mit eitrigem Secret angefüllt, der laterale secretfrei.

Nach Oertlichkeit und äusserer Form sah das Gebilde einem geschwellten vorderen Ende der mittleren Muschel täuschend ähnlich und hätte sich sicher so manches Auge von dem Bilde beirren lassen. Die nähere Untersuchung ergab jedoch etwas ganz Anderes. Bei kräftigem Drucke mit der Sonde vermochte man es nämlich zu beiden Seiten von der gegenüberliegenden Wand abzuheben. Während aber die Sonde entlang des Septums bis in den Nasenrachenraum geführt werden konnte, wobei sich aus dem erweiterten Spalte eine reichliche Menge Eiters ergoss, drang sie in dem lateralen Spalte kaum 1 Ctm. tief vor, und begegnete sodann in der ganzen Höhe einem erheblichen Widerstande. Nur bei gewaltsamem Vorstossen konnte man auch hier nach hinten gelangen, und war dieser Act stets von geringer Blutung gefolgt. Bei Abhebung des lateralen Randes von der äusseren Nasenwand entleerte sich aus dem erweiterten Spalte kein Secret, wohl aber zeigte sich, dass die Schleimhaut der lateralen Fläche des Gebildes ununterbrochen auf die äussere Nasenwand übergehe, allerdings in der Weise, dass sich die Grenze zwischen beiden in Form einer scharf ausgeprägten, vertical verlaufenden Demarcationslinie präsentirte, diesseits welcher die Schleimhaut der äusseren Nasenwand eine vollkommen normale Beschaffenheit aufwies.

Trotz der täuschenden Aehnlichkeit hatten wir es also keineswegs mit dem vorderen Ende der mittleren Muschel, sondern mit einer der äusseren Nasenwand aufsitzenden Schleimhautgeschwulst, resp. wie im ersten Falle mit dem „lateralen Schleimhautwulste“ zu thun.

Der erste obere Buccalis der rechten Seite war gesund, der zweite hingegen wie auch der erste Molaris cariös. Die Diagnose lautete daher auf Polypenbildung in der rechten Nasenhälfte, höchstwahrscheinlich complicirt mit Empyem der Oberkieferhöhle auf derselben Seite.

In der nächsten Sitzung wurde der Schleimhautwulst hart an der Basis mit Messer und Schlinge abgetragen; die ziemlich heftige Blutung stand nach einigen Minuten von selbst still. Wenige Tage später erklärte der Patient, dass die Schwindelanfälle sofort nach Entfernung des Wulstes ausgeblieben seien; auch habe die Eiterabsonderung merklich abgenommen. Die mittlere Muschel präsentirte sich nun zwar dem Auge, doch war sie bedeutend in die Tiefe gerückt, schmal, abgeplattet, atrophisch und hart an die Nasenscheidewand gedrängt. Ihr Sinus war dementsprechend erweitert und soweit man ihn nach hinten verfolgen konnte, mit polypösen Wucherungen ausgefüllt. Wie die Sondenuntersuchung ergab, sass die Mehrzahl der Wucherungen der äusseren Nasenwand auf und war es nun ziemlich leicht, zwischen ihnen hindurch in die Oberkieferhöhle zu gelangen, aus welcher mittels Irrigation eine reichliche Menge Eiters entfernt wurde. Nach Extraction der cariösen Zähne fand die weitere Behandlung ausschliesslich von der Nase aus und in derselben Weise statt, wie im ersten Falle beschrieben wurde. Als nach Ablauf dreier Wochen die Eiterung vollständig aufgehört hatte und durch Zerstörung der polypösen Wucherungen annähernd normale Verhältnisse geschaffen worden waren, wurde Patient mit dem Bedeuten

Digitized by Google

entlassen, dass er sich im Falle erneuerter Eiterung unbedingt der Eröffnung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze aus unterziehen müsse. Seitdem ist er wiederholt zur Untersuchung erschienen und da sich in Jahresfrist keine Recidive zeigte, kann die Heilung jedenfalls als vollständige bezeichnet werden.

3. Fall. Dieser scheint mir besonders instructiv, weil es in Folge irriger Deutung des objectiven Befundes erst nach langer Zeit und nach vielfacher, erfolgloser Behandlung gelang, eine richtige Diagnose zu stellen. Zur Beherzigung für Andere in ähnlichen Fällen will ich die auch meinerseits begangenen Irrthümer offen eingestehen.

J. H., 23jähriger med. stud. aus P., consultirte mich zum ersten Male am 19. November 1886. Er leidet bereits an 2 Jahre an behinderter Durchgängigkeit der rechten Nasenhälfte, verbunden mit profuser Eiterabsonderung aus derselben. Da er selten im Stande ist, das angesammelte Secret auf natürlichem Wege zu entfernen, hat er häufig üble Geruchsempfindungen; bei Vornüberbeugen des Oberkörpers nimmt er vermehrten Abfluss des Secretes wahr. Der an und für sich lästige Zustand wird nebstdem häufig durch intensiven, Tage lang anhaltenden Stirnkopfschmerz, Schmerz in der rechten Wange und rechtsseitige Supraorbitalneuralgie verschlimmert. Bevor Patient zu mir kam, war er bereits von zwei Fachärzten, jedes Mal mehrere Monate lang, als mit chronischem Nasencatarrh behaftet, in entsprechender Weise, namentlich durch Galvanocauterisation und Chromsäureätzung der unteren Muscheln erfolglos behandelt worden.

Wie ich meinem Protocolle entnehme, fand ich bei der ersten Untersuchung die rechte Nasenhälfte gegenüber der linken bedeutend enger und für die Nasenathmung fast verschlossen. Die unteren Nasenmuscheln entzündlich geschwellt, an der Oberfläche mit zahlreichen Längsnarben besetzt, die linke mittlere Muschel von normalem Aussehen, dagegen das vordere Ende der rechten derart geschwellt, dass die Muschel einerseits dem Septum, andererseits der äusseren Nasenwand bis zu innigster Berührung anlag. Wird der mediale Rand des Schleimhautpolsters von der Nasenscheidewand abgehoben, so ergiesst sich aus dem hiermit geschaffenen Spalte eitriges Secret. Die Schleimhaut der Vorderfläche injicirt, das Gewebe gelockert, bei Berührung mit der Sonde schmerzhaft. Ebenso tritt Schmerzempfindung auf, wenn die Sonde entlang des Septums in die Tiefe geführt und sodann zur Seite gedrückt wird. Die Secretion in der linken Nasenhälfte kaum verändert.

Eine bestimmte Diagnose erlaubte ich mir vor der Hand nicht zu stellen. Die subjectiven Symptome deuteten wohl entweder auf Stirnbeinhöhlen- oder Kieferhöhlenempyem hin, doch widersprach dieser Annahme der objective Befund, wonach der Eiter nicht aus dem lateralen, sondern aus dem medialen Spalte, somit zwischen mittlerer Muschel und Septum sich entleerte; vielmehr vermuthete ich einen cariösen Prozess an irgend einer verborgenen Stelle des knöchernen Gerüstes, weil, wie ich später erfuhr, Infection vorangegangen und das Secret übelriechend war. Trotz fleissigen Sondirens vermochte ich aber die betreffende Stelle nicht zu entdecken. Nach Ablauf mehrerer Wochen, inzwischen welcher theils von mir, theils vom Patienten mittelst Nasenröhrchens irrigirt worden war (was jedesmal eine Linderung des Kopfschmerzes

Digitized by Google

und Herabsetzung der Secretion für kurze Zeit zur Folge hatte), kam in dem Spalte zwischen Septum und mittlerer Muschel eine winzige polypöse Wucherung zum Vorschein. Da nach Entfernung derselben bei Abdrängung des medialen Muschelrandes in der Tiefe noch mehrere andere sichtbar wurden, andererseits aber der Einblick in den mittleren Nasengang absolut versperrt war, ging ich mit einem scharfen Löffel ein und kratzte die betreffende Gegend vorsichtig aus; nebstdem war ich bemüht, den medialen Spalt durch Galvanocauterisation möglichst zu erweitern und dem Eiter freieren Abfluss zu verschaffen. Trotz alledem, vielleicht auch, weil der Patient nur unregelmässig zur Behandlung erschien, blieb der Zustand immer derselbe.

Nachdem ich inzwischen von dem Vorhandensein des lateralen Schleimhautwulstes in anderen Fällen Kenntniss genommen, unterzog ich den Patienten einer nochmaligen, gründlichen Untersuchung, diesmal nicht ohne Erfolg.

Das, was nicht nur mir, sondern in demselben Falle schon zwei Collegen vor mir als mittlere Muschel imponirt hatte, war nicht diese selbst, sondern der bereits beschriebene laterale Schleimhautwulst. Nun erst lenkte ich mein Augenmerk uuf die Beschaffenheit der Zähne des Oberkiefers; ich constatirte nicht nur vorgeschrittene Caries des 2. Buccalis der rechten Seite, sondern erfuhr nebstdem, dass es oberhalb desselben schon wiederholt zu Fistelbildung gekommen sei.

Nach Abtragung des Wulstes ergab sich aus der weiteren Untersuchung zweifellos, dass es sich einzig und allein um Empyem der rechten Oberkieferhöhle handle.

In Betreff des weiteren Verlaufes bemerke ich blos, dass ich dem Patienten die Extraction des cariösen Zahnes mit nachfolgender Eröffnung der Kieferhöhle als rationellste und am schnellsten zum Ziele führende Behandlungsmethode empfahl, wozu er sich aber nach echter Medicinerart noch immer nicht entschlossen hat.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber 13 Fälle von chron. eitr. Otitis media, behandelt durch Excision der Gehörknöchelchen, nebst Bemerkungen von Dr. Colles in New-York. (Deutsche med. Wochenschrift 1889.)

In vielen Fällen chron. Otorrhoen liessen die gewöhnlichen Heilmittel im Stich. Nicht selten sei die Ursache hiervon in Caries der Gehörknöchelchen zu suchen. Wolle man hier zum Ziele gelangen, so müssten letztere eben entfernt werden, wie dies früher schon von deutschen Ohrenärzten und unter den amerikanischen namentlich von Herrn S. Sexton geübt worden sei. Nachdem derselbe erst neuerdings über 37 bezügl. Fälle publicirt habe, so seien die 13 Fälle, über welche jetzt zuerst berichtet werde, ebenfalls von ihm operirt und geeignet, die grossen Vorzüge des Verfahrens zu illustriren.

Digitized by Google

Es wird nun freilich über 13 Fälle Bericht erstattet, aber in einer so flüchtigen, unseres Erachtens den Kernpunct der Frage so wenig oder auch gar nicht differenzial-diagnostisch, die genaueren Indicationen in's Auge fassenden Weise, dass sich bei den einzelnen Fällen ganz und gar nicht die Nothwendigkeit einer so eingreifenden Massnahme, wie es eben die Eliminirung der Kette der Gehörknöchelchen ist, ersehen lässt. Belehrt durch vielfache günstige Erfahrungen meinen wir z. B., dass sich die von uns und Woakes und wenn wir nicht irren, auch von Blake empfohlene SO_3HO-Behandlung nicht tief eingreifender cariöser Processe im Mittelohr, so vorzüglich bewährt habe, dass, zumal in Fällen, wo die Ausdehnung und der Ausgangspunct der Gehörknöchelchen-Caries nicht ganz präcise festzustellen sei, erst die Installationen verdünnter Schwefelsäure in's Ohr (wie wir es in dieser Monatsschrift No. 4, 1885, beschrieben haben) zur Heilung der Caries zu versuchen seien, ehe man die Gekörknöchelchen beseitigt. Man bedenke doch, was man zu entfernen räth und dass die Erhaltung selbst eines defecten Schallleitungs- und den intralabyrinthären Druck regulirenden Apparates bei Weitem mehr den Heilanzeigen bei einer eitrigen Otitis media entspricht, als die Eliminirung so wichtiger Theile des Hörvermittlungs-Mechanismus einzig aus Furcht, dass die Eiterung nicht beseitigt werden und weiter auf die Knochen sich ausdehnen könne. Dass diese Gefahr bestehe, müsste in jedem betreffenden Falle erst bewiesen und die absolute Berechtigung zur Vornahme eines so unredressirbaren Eingriffs nachgewiesen werden, ehe von einer Empfehlung und Ausführung desselben in bezügl. Fällen die Rede sein dürfte. Zur Motivirung der betreffenden Behandlungs-Methode wird angegeben, dass durch die Entfernung der öfter mit bindegewebigen Verlöthungen und kleinen polypösen Wucherungen verbundenen Caries der Gehörknöchelchen der Secretabfluss behindert, ein steter Reiz und Eiterzersetzung bedingt werde; durch die Entfernung der krank gewesenen Theile werde die Drainage frei und so die erste Bedingung der Heilung erst ermöglicht sein. Herr S. operirt unter Anwendung electrischen Lichtes, das von einer, nach Art des Stirnspiegels, am Kopfe befestigten Lampe ausgeht. Die mitgetheilten Fälle sind nun eben so kurz und aphoristisch behandelt, dass eine angemessene Beurtheilung derselben kaum ermöglicht scheint. Wir reproduciren hier einen beliebigen derselben: „27jähriger Advocat mit linksseitiger Otorrhoe von Jugend auf nach Scharlach. Linkes Trommelfell fehlt fast gänzlich; nur Hammerkopf vorhanden. Während 6jähriger Behandlung trat nur manchmal vorübergehende Besserung ein. Das Gehör auf diesem Ohr ist fast normal. (!) Operation im December 1888: Excision des Trommelfells, Entfernung des cariösen Hammerkopfes, Durchtrennung der Taschen (?!) und Adhäsionen in der Trommelhöhle. Vollständiges Aufhören der Otorrhoe nach 2 Wochen, Trommelfell trocken." W.-L.

Ein Fall von andauerndem Ohrenklingen, beseitigt durch die Heilung einer Nasenverstopfung. (A case of persistent tinnitus aurium relieved by the removal of a nasal obstruction.) Von Dr. Max Thorner, Cincinnati. (Lancet-clinic, Cincinnati, 18. Mai 1889.)

Der Fall heilte nach und nach ohne weitere Nachhilfe, nachdem eine Membran am Naseneingang und eine Verbiegung des Septums be-

Digitized by Google

seitigt waren. Ref. möchte die Aufmerksamkeit auf diesen Fall lenken, da ihm eine Anzahl ähnlicher Fälle in der Praxis vorgekommen sind, in welchen Ohrensausen, für welches eine Erklärung in dem Ohrenbefunde nicht gegeben war, durch Behandlung des Naso-Pharyngealcatarrhs, speciell der Schwellung der Tubenwülste geheilt wurde. Auch in dem vorliegenden Falle dürfte, wie Verf. selbst es anführt, der durch die Nasenverstopfung unterhaltene Naso-Pharyngealcatarrh die Ursache gewesen sein. Dr. M. Schm.

Behandlung der Ohrpolypen. (Traitement des polypes de l'oreille.) Von Dr. Pratolongo. (Gaz. degli ospitali und Gazette médicale de Liège No. 46.)

Man spritzt in den Polypen 3 — 4 Tropfen einer Mischung von 5 Grm. Acid. acetic. und 1 Grm. Acid. chromicum; es fliessen aus der Einstichöffnung einige Tropfen rothgefärbten Serums heraus, der Polyp schrumpft zusammen und fällt nach 3—4 Tagen ab. Dr. P. K.

Acustische Untersuchungen über die nasalen Vocale. (Recherches acoustiques sur les voyelles nasales.) Von Dr. Loewenberg. (Ann. de la Société médico-chirurgicale de Liège No. 8 und 9.)

Wenn adenoide Vegetationen die hinteren Nasenöffnungen verschliessen, so ist natürlich das nasale Exspirium behindert und leidet die Aussprache aller Töne, zu deren reiner Production das nasale Athmen nöthig ist. M und N werden als B und D ausgesprochen; die nasalen Laute der anderen lateinischen Sprachen erleiden noch grössere Veränderungen. In seiner Arbeit nun zeigt Verf. die Methode an, nach welcher er die Aussprache der nasalen Vocale und deren musikalischen Werth bei oben genanntem Nasenleiden studirt hat, er wandte den König'schen Tonometer an, und giebt eine interessante Tabelle für die Töne der einfachen, der französischen nasalen und der fremden nasalen Vocale.

Dr. P. K.

---

b) Rhinologische:

Ueber anatomo-pathologische Transformationen der Nasenmyxome. (Des transformations anatomo-pathologiques des myxomes du nez.) Von Dr. F. Schiffers, Lüttich. (Internationaler Congress für Laryngologie und Otologie, Paris, September 1889.)

Die Transformation eines Tumors in einen andern, z. B. eines gutartigen in einen bösartigen, wurde lange bestritten; dieser Zweifel ist aber jetzt endgiltig durch die Klinik sowohl, als durch die pathologische Anatomie gehoben. Die Transformation wurde in den verschiedensten Körperregionen beobachtet, auf den verschiedenartigsten Tumoren, namentlich auf den Larynxpapillomen. Es handelt sich darum, die Ursache einer solchen Umwandlung aufzufinden; man findet sie manchmal in einem zufälligen Trauma, welches den Gewebselementen eine überaus grosse Vitalität verleiht, wenn der Träger des Tumors hereditär belastet ist;

Digitized by Google

besteht in solchen Fällen Microben-Invasion und können letztere die Ernährung des Neoplasma so modificiren, dass letzteres erweicht und ulcerirt? Das Factum ist bis jetzt nicht bewiesen; man muss nur die Möglichkeit der Umbildung als bewiesen annehmen. Bemerkt muss werden, dass der Sitz des Tumors nicht ohne Bedeutung für diese Umwandlung ist, für deren Entstehen sowohl, als für deren rasche Transformirung. Namentlich wird die Umwandlung der Nasenmyxome noch heute von vielen Histologen bestritten. Verf. zeigte den Mitgliedern des Congresses eine Reihe microscopischer Präparate, welche von Tumoren von zwei 67 resp. 71 Jahre alten Patienten herrührten. Das rechte Nasenloch war bei beiden erkrankt; totales Verstopftsein dieser Nasenhälfte bei beiden das hervorragende Symptom. Die Untersuchung der Tumoren, welche mehrfach recidivirt hatten, zeigte deren progressive Transformation. Bei dem ersten Patienten, welcher jetzt ganz hergestellt ist, ist die rechte Nase vollständig frei, der Allgemeinzustand hat gar nicht gelitten; dennoch hatte der Tumor sich umgestaltet und sieht man ganz leicht die Uebergangsformen. Bei dem zweiten, der an Epithelioma zu Grunde gegangen ist, zeigen die microscopischen Schnitte die Ueberwucherung des Myxoadenoms durch zahlreiche aneinandergedrückte Epithelialzellen; mit dem Microscop kann man die fortwährende Zunahme dieser Epithelialzellen nachweisen.

Bei bösartigen Nasentumoren kann spontanes Nasenbluten fehlen; Schmerz, sowie andere subjective Symptome fehlen gewöhnlich. Drüsenschwellung fehlt auch und das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Die microscopische Untersuchung allein verhilft zur Diagnose; die klinischen Symptome dürfen deshalb aber nicht vernachlässigt werden. Man kann dreist behaupten, dass die bösartigen Nasentumoren recidiviren, sich aber nie verallgemeinern.

Mehrere Myxome und Adenomyxome gehören der Classe der intermediären Tumoren an.

Die Umwandlung der Nasenmyxome ist nicht überhäufig, ohne jedoch selten zu sein; immer befällt sie Leute, welche über 50 Jahre alt sind. Beobachtet man bei einem alten Patienten ein vollständig durch einen Tumor verstopftes Nasenloch, besonders wenn der Tumor anormal aufsitzt (Nasenscheidewand, Wölbung oder Boden der Nasenhöhle), so muss man vorsichtig mit der Prognose sein.

Nach der Operation muss man zur Verhütung der Autoinfection starke antiseptische Nasendouchen geben. Dr. P. K.

Das Aluminium acetico-tartaricum und seine Anwendung bei Nasenkrankheiten. Von Dr. Holste. (Aus der Univers.-Poliklinik für Ohrenkrankheiten in Göttingen.)

Das von Schäffer in die rhino-laryngologische Praxis eingeführte, bald darnach von Lange in Kopenhagen so besonders empfohlene Mittel wurde pulverförmig oder in 20—25 proctgr. Lösung verwandt. Bei Geschwürsbildungen in der Nase sei das Mittel nicht empfehlenswerth befunden worden; doch bei schwer, nicht leicht operirbaren polypösen Wucherungen schrumpften diese nach und nach ob der wasserentziehenden Eigenschaften des Pulvers ein; zur gänzlichen Beseitigung der Polypen-

Digitized by Google

wurzeln sei daher dasselbe besonders am Platze nach vorheriger galvanocaustischer Behandlung. Gut werde das Mittel bei Ozaena vertragen in Form von mit Aluminium-Lösung durchtränktem Tampon; indess dürfe dieser nicht zu lange liegen bleiben. Bei 21 Patienten seien 1—3tägige Insufflationen von Aluminium-Pulver gemacht worden, 3 Mal mit mässigem, bei den übrigen mit befriedigendem Erfolge (Nachlassen der Borkenbildung, Aufhören des Fötors. Durch die, Anfangs besonders, in Folge der Behandlung vorübergehend gemehrte Secretion würden die Borken weggeschwemmt), wenn auch Kopfschmerz nicht selten ebenfalls als unangenehme Nebenwirkung sich geltend mache. Die Lösung erwies sich im Allgemeinen weniger wirksam bei Rhinitis hypertrophic. chron., zumal bei Kindern, wo Tanninalcohol, Borglycerin mit Acid. bor. āā günstiger wirkt. Sonst bewährte sich das Aluminium bei der Rhin. hypertrophic. sehr gut. Der nächste Effect des Aluminium acetico-tartaricum sei ein oberflächlich leicht ätzender, adstringirender und pflege gewöhnlich eine starke seröse Absonderung der Application des Pulvers zu folgen, wonach dann die Abschwellung der gewulsteten Partien bald zu bemerken sei. W.-L.

Habituelle Epistaxis. Von Dr. Rothholz. (Deutsche medic. Wochenschr. vom 3. October 1889.)

Weitaus gingen die meisten Fälle spontanen Nasenblutens von der Schleimhaut des knorpeligen Septum narium aus (wie dies übrigens bereits von den meisten Autoren des letzten Lustrums ausgeführt worden ist), und zwar von dem vorderen Abschnitt, dem an das Septum mobile anstossenden Theil der Knorpel-Nasenscheidewand. Wird nach dem Sistiren der Blutung die betr. Stelle nur leichtest mit der Sonde berührt, gerieben, so setzt bekanntlich das Bluten sofort wieder ein. Man findet nicht selten ein in Entwicklung begriffenes Ulcus perforans septi nar. als Ursache der Blutung. Therapie des Autors: Aetzungen.
W.-L.

Rhinocephalisches Monstrum. (Monstre rhinocéphalien.) Von Dr. Chambrelent. (Société anatom. et physiolog. de Bordeaux und Revue de laryngologie No. 7, 1889.)

Nach der Classification von Geoffroy Saint-Hilaire gehört das Monstrum zur Classe der Cyclocephalier. Es hat keine Augen und an Stelle der Nase hat es eine Art Rüssel, aus welchem bei Druck ein der Gehirnflüssigkeit ähnliches Wasser herausfliesst. Vater und Mutter sind gesund; das Kind wurde nach dem achten Schwangerschaftsmonate in der Steisslage geboren. Dr. P. K.

Elephantiasis der Nase. (Elephantiasis du nez.) Von Dr. Kirmisson. (Société de chirurgie de Paris, October 1888 und Revue de laryngologie No. 7, 1889.)

Verf. operirte durch Ausschälen nach der Methode von Ollier eine Nasenelephantiasis, welche die linke Nasenhälfte befallen hatte und bis

Digitized by Google

zur Oberlippe herabreichte; die starke Blutung machte die Anwendung des Paquelin nöthig; die microscopische Untersuchung ergab Hypertrophie der Talgdrüsen und Sclerose des vasculären Elementes.

Dr. P. K.

Nasenelephantiasis. Radicalcur durch Ausschälen. (Elephantiasis du nez. Cure radicale par la décortication.) Von Dr. Doubre. (Archives de médecine et pharmac. militaires, März 1888 und Revue de laryngologie No. 7, 1889.)

Ein 70jähriger Mann hat Elephantiasis am Lobulus und an beiden Nasenflügeln; die Masse war gross, zitterte beim Gehen und reichte bis an die Oberlippe. Patient konnte nicht mehr sehen und nicht mehr essen. Er wurde nach der Methode von Ollier operirt und geheilt.

Dr. P. K.

Chronischer Catarrh der Nase und des Pharynx mit Fortpflanzung auf den Sinus frontalis. Trepanation. Heilung. (Catarrhe chronique des fosses nasales et du pharynx avec propagation au sinus frontal. Trépanation. Guérison.) Von Dr. Palton. (St. Louis Medic. and Surg. Journal und Revue de laryngol. No. 9, 1889.)

Nasenrachencatarrh mit foetidem Auswurf. Besserung nach geeigneter Behandlung. Plötzlich traten starke Schmerzen in der Gegend des Sinus frontalis auf, welche den Patienten herunter brachten. Die Trepanation des Sinus gab Ausfluss einer grossen Masse Eiters und Patient heilte.

Dr. P. K.

Eine Lochbildung in der Nasenscheidewand, welche bei Cementarbeitern vorkommt. (A perforation of the septum nasi, ocurring in cement workers.) Von Alex. Foulerton, Chatham. (Lancet, 17. August 1889.)

Dadurch, dass diese Arbeiter den im Eingang der Nase sich ansammelnden Staub mit den Fingern entfernen wollen, verletzen sie das Epithel, daraus entsteht ein Ulcus, welches von der Perforation gefolgt wird. Diese Affection ist nicht mit Syphilis zu verwechseln! — Der Uebergang von dem Ulcus zur Perforation ist dem Ref. noch nicht bewiesen, so oft dies auch schon behauptet wurde. Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Einige Beobachtungen über acutes und chronisches Auftreten von adenoiden Vegetationen und deren Behandlung. (Some Personal Observations upon the Acute and Chronic Eulargements of the Adenoid Tissue at the Vault of the Pharynx, and the Means Used for their Relief.) Von D. Bryson Delavan, New-York. (The New-York Med. Journ., 12. October 1889.)

Nicht nur im Kindesalter, wie allgemein behauptet wird, sondern auch nach der Pubertät treten adenoide Vegetationen auf, und zwar besonders nach Diphtherie, zuweilen auch nach Scharlach. — Was das Alter anbetrifft, so hat D. 2 Patienten operirt, die 44 resp. 50 Jahre alt

Digitized by Google

waren. — Auch in acuter Weise tritt nach Verf. eine Hypertrophie des aden. Gewebes am Pharynxdach auf und er versucht dies durch einen Fall zu beweisen, der eine junge Dame von 18 Jahren betraf. Dieselbe war in London, Paris und New-York von 3 der hervorragendsten Collegen untersucht worden, von denen aden. Vegetationen bald constatirt wurden, bald auch gar nicht zu finden waren. D. glaubt, dass das Auftreten der Vegetationen stets mit dem Auftreten einer acuten Coryza zusammenfiel.

Die chronische Form der adenoiden Vegetationen veranlasst viele Beschwerden und Veränderungen in den benachbarten Regionen. Erwähnt sei die besondere Form des Oberkiefers und des harten Gaumens. Ausserdem verursachten sie in manchen Fällen eine Deviatio septi nar., eine Theorie, die D. durch einen Fall illustrirt, in welchem nach der Entfernung der Vegetationen die Deviation zurückging, nachdem man dem Kinde beigebracht hatte, hauptsächlich durch die behinderte Seite zu athmen.

Bei der Operation selbst, die D. stets in der Narcose macht, müsse alles Krankhafte entfernt werden, da eine Schrumpfung der zurückgebliebenen Reste selten eintritt und den Erfolg zweifelhaft machen könnte.

W. Fr.

Tonsillitis chronica hypertrophica. (Chronic Hypertrophy of the Tonsils.) Von Pearce Kintzing, Baltimore. (Maryland Med. Journal, 26. October 1889.)

Mehr als die Hälfte von K.'s sämmtlichen Patienten im kindlichen Alter leiden an chronischer Mandelanschwellung, und er macht dafür das dortige ungünstige Clima (Feuchtigkeit, schneller Temperaturwechsel etc.) und eine gewisse Disposition verantwortlich. Die Behandlung besteht in Verbesserung der climatischen Verhältnisse, Syr. ferr. jodat. mit Ac. phosphor. dil. und Entfernung resp. Reducirung der Tonsillen (Tonsillotomie, Electrolyse oder Argent. nitr. in Substanz. W. Fr.

Die Galvanocaustik in der Behandlung von hypertrophirten Mandeln. (Note on the Galvano-Cautery in the Treatment of Hypertrophied Tonsils.) Von Charles H. Knight, New-York. (The New-York Med. Journ., 12. October 1889.)

Verf., der keineswegs Furcht vor der Tonsillotomie hat, sondern sogar bei Erwachsenen dieselbe mit Hilfe des Mackenzie'schen Tonsillotoms empfiehlt, wendet doch bei manchen Fällen die galvanocaustische Schlinge an, ohne bestimmte Indicationen für dieselbe anzugeben.

W. Fr.

Recidivirendes Gesichtserysipel in einem Fall von Tornwald'scher Angina. (Erysipèle de la face à répétition dans un cas d'angine de Tornwaldt.) Von Dr. Lavrand. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1889.)

Eine 23jähr. Frau hat seit ihrem 13. Jahre 30 Gesichtsrosen durchgemacht. Verf. fand im Nasenrachenraum die Symptome der von Tornwaldt beschriebenen Krankheit und meint, dies sei in vielen ähnlichen recidivirenden Erysipeln der Fall. Dr. P. K.

Digitized by Google

Die Behandlung von Mandelerkrankungen nicht hypertrophischer Art. (The Treatment of Diseased Tonsils when Unattended with Hypertrophy.) Von John O. Roe, Rochester (N.-Y.). (The New-York Med. Journ., 26. October 1889.)

Es ist ein allgemeiner Glaube, dass nur hypertrophische Tonsillen der Behandlung bedürfen, während doch andere Erkrankungen nicht gar so selten seien. Dieselben sind meist die Folge von Hypertrophien im Kindesalter und treten naturgemäss hauptsächlich erst nach der Pubertät auf. R. unterscheidet 2 Formen:

1) Eine chronische Erkrankung, die ihren Sitz in den Crypten und Lacunen der Tonsille hat. Weisse Flecke, welche man an den Ausgängen der Crypten sieht, sind das Resultat des chronisch entzündlichen Exsudats, welches oft zu üblem Geruch aus dem Munde Veranlassung giebt.

2) Eine fibröse Degeneration des Stroma's der Tonsille, oder eine Narbenbildung an der Basis derselben. Zugleich mit der Degeneration der Lymphfollikel bildet sich fibrinöses Gewebe in dem Stroma in grosser Menge. Die Narbenbildung ist die Folge von häufigen Eiterungen.

Der Grund, weshalb diese Erkrankungen übersehen werden, besteht darin, dass sie meist nur Reflexerscheinungen hervorrufen, wie Neuralgien im Gesicht, Hals und zuweilen im Ohr, und zweitens, weil man sich gewöhnlich zufrieden giebt, wenn man bei der Untersuchung die Tonsillen nicht hypertrophirt findet. — Die radicale Entfernung hat sich dem Verf. therapeutisch am practischsten erwiesen. W. Fr.

Ueber die gegenwärtige Therapie des chron. Rachencatarrhs. Von Dr. R. Kafemann. (Berl. clin. Wochenschr. No. 40, 1889.)

„Es ist der Zweck dieser Zeilen, Vorsicht bei Behandlung des Nasenrachencatarrhs in weit grösserem, als dem gewöhnlichen Masse zu üben, um nicht durch die sehr oft falsche, besonders galvanocaustische Behandlungsmethode den pathologischen Erscheinungscomplex um einen höchst schädlichen Factor, die Schleimhautnarben zu vermehren."

Statt der Galvanocaustik empfiehlt daher der Herr Autor, wie bereits Schrötter es gethan habe (und wie Ref. seit Jahrzehnten es seinen Schülern stets eindringlich gelehrt; cfr. auch Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6, 1871: „Zur Histologie und Therapie des chron. granulösen Rachencatarrhs" eindringlich und in seinem Buch „progressive Schwerhörigkeit" ausdrücklich gegen Michel's Verfahren empfohlen), **Höllensteinätzungen.** Seine Methode ist die, dass er mit einem stumpfwinklig abgebogenen Stahldraht mit am Ende kugelförmiger Verbreiterung, auf deren Fläche 2—3 Mm. im Diam. eine Reihe feiner Zäckchen herausgearbeitet sind, auf die krankhaften Gewebsstellen aufdrückt. Die Zäckchen dringen etwa 1 Mm. ein und so ist dem mit einer Silbersonde in die bezüglichen Wundlöchelchen hineingepressten Höllenstein die Möglichkeit gegeben, auch in der Tiefe der subepithelialen Lage zu wirken. Die Application finde jedes Mal nur an engumgrenzter Stelle statt; Schmerz und Reaction unbedeutend; Narbenbildung mit ihren schädlichen Folgen unmöglich. W.-L.

Digitized by Google

Ueber Hemiatrophie der Zunge, syphilitischen Ursprungs. (Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique.) Von Dr. Robert Leudet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

In den meisten Fällen kommt sie als Theilerscheinung der Tabes vor; hier wird Syphilis als Ursache angenommen: es bestanden Syphilis, Hemiatrophie der Zunge, Lähmung des betreffenden Stimmbandes, tabetische Symptome fehlten. Dr. P. K.

Ueber die Schlitzung der Mandeln. Von Dr. Moritz Schmidt. (Vortr. auf der 62. Naturforscher-Versammlung; laryngol. Abth., Septbr. 1889.)

Das Verfahren besteht darin, dass man mit einem Schlielhäkchen in die Lacunen der Mandeln eingeht, die mediale Wand der Lacune einreisst, indem man zuerst das stumpfe Ende unten durchdrückt und dann mit einem raschen Ruck die gebildete Lücke durchreisst. „Es geht das meist sehr leicht: bietet die Substanz der Mandel etwas mehr Widerstand, so schlüpfe ich die Oese des Czermak'schen Gaumenhalters, den ich fast ausschliesslich als Zungenspatel benutze, über den Stiel des Häkchens, fixire mit der Oese die Mandel nach hinten und reisse dann die Brücke durch; man fängt am besten unten an, geht dann aufwärts, vergesse aber nie das oberste, in der Nische zwischen den 2 Gaumenbögen versteckte Ende der Mandel, in welchem sehr häufig die Ursache der Beschwerden liegt, wegen deren man die Schlitzung unternimmt, — man reisst dann aber nach oben durch, während sonst nach unten."

Die Beschwerden aber, gegen welche die Schlitzung sehr empfohlen wird, sind: chronische Reizzustände des Tonsillengewebes, welche dasselbe entzündlichen Processen und Infectionen zugänglich machen, insofern in der Tiefe der Lacunen der Tonsillen, gleichwie in bacteriellen Brütöfen, unglaublich viele Secretpfröpfe mit Leptotrix u. dgl. m. sitzen. Durch die kleine Operation wird die Masse der Mandel fester, narbig und die Lacunen in Rinnen verwandelt, die bei jedem Schluckacte ausgewischt werden. Auch vielfache krankhafte Gefühle und Reflexe, Parästhesien oder Hyperästhesien, die von den durch die Pfröpfe gesetzten Reizzuständen ausgingen, kämen in Folge der kleinen Operation durchaus zum Verschwinden; selbst Trigeminusneuralgien mit Betheiligung der Ohren, chron. Pharyngitis und Parese der Stimmbänder. Er (Schmidt) komme immer mehr zu der Ueberzeugung, dass rein nervöse Par- und Hyperästhesien im Halse ausserordentlich selten seien, meist indess bedingt von einem krankhaften Puncte des lymphatischen Ringes, besonders in der Mandel, welcher Punct durch die Sonde, am besten durch das Schlielhäkchen gefunden werde. W.-L.

Membranöser Croup bei einem 12jährigen Mädchen. (Membranous Croup in a Girl twelve Years Old. Tracheotomy. Recovery.) Von A. Caillé, New-York. (Archives of Pediatrics, November 1889.)

C. wurde zu einem 12jährigen Kinde mit membranösem Croup gerufen. Er tracheotomirte, entfernte die erreichbaren Membranen und liess Salzwasser inhaliren. Die Dyspnoe wurde trotzdem hin und wieder so

Digitized by Google

gross, dass er 10—20 Tropfen Salzwasser direct in die Trachea träufelte, wodurch die Membranen gelockert und ausgehustet wurden. Das Kind genas, nachdem es noch eine purulente Bronchitis durchgemacht hatte.

In der diesem Vortrage sich anschliessenden Debatte bemerkte A. Jacobi, dass die Krankheit in diesem Alter selten sei und dass er nur ein Mal deswegen tracheotomirt hätte. O'Dwyer und Dillon Brown empfehlen die Tracheotomie nur dann, wenn die Intubation fruchtlos gewesen sei. Letztere übte einen Reiz aus, durch welchen die Membranen entfernt würden. Hierzu bemerkt Vineberg, dass, wenn dies die einzige Aufgabe der Intubation in solchen Fällen sei, man es durch viel einfachere Mittel erreichen könnte. Huber empfiehlt die intermittirende Intubation. W. Fr.

Studie über Larynxmassage. (Etude sur le massage du larynx.) Von Dr. H. Schoppe. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

Durch methodisches Reiben hervorgebrachte Hyperämie stärkt die Contractionsfähigkeit der Larynxmuskeln: Kopf leicht nach rückwärts geneigt, geht man mit mässigem Druck zuerst in der Mitte, dann beiderseits des Larynx vom Os hyoideum bis zum Sternum. Am besten ist Massage bei catarrhalischen, mit Muskelparese einhergehenden Larynxleiden; die Massage stärkt die Stimme und macht selbe reiner.

Dr. P. K.

Dysphonia spastica. Von Fred. J. Knight, Boston. (The New-York Med. Journ., 14. Septbr. 1889.)

Seit dem Jahre 1882 beobachtete Verf. nur 4 derartige Fälle und hält sie daher mit Morell Mackenzie für sehr selten. 3 von seinen Fällen betrafen Männer (einen Arzt, einen Kaufmann und einen Leiter einer Fabrik) und einer eine junge Dame von 20 Jahren. Letztere hatte die Dysphonie dadurch acquirirt, dass sie während einer starken Erkältung ihr Amt als Lehrerin versah. Die Prognosis war hier eine gute, während sie sonst eine mindestens zweifelhafte ist. W. Fr.

Ein Fall von modificirter Laryngectomie wegen Larynx-Epitheliom; Heilung. (A Case of Modified Laryngectomy for Epithelioma of the Larynx, Recovery.) Von George R. Fowler, Brooklyn (N.-Y.). (The Amer. Journ. of the Med. Sciences, October 1889.)

58jährige Frau, welche seit 2—3 Jahren an zunehmender Heiserkeit litt, zeigte einen Tumor des linken Stimmbandes, der die ganze Länge desselben einnahm. Sie wurde tracheotomirt und 4 Tage später machte F. mit einigen Modificationen, deren Details im Original nachzulesen sind, die Laryngectomie nach J. Solis Cohen (partielle Erhaltung der Art. thyr.). Die Narcose war mit Lachgas gemacht worden und Patientin überstand dieselbe ausgezeichnet. Der Verlauf der Heilung war ein guter. Patientin trägt einen modificirten Gussenbauer'schen Larynx aus Aluminium, der sich wegen seiner Leichtigkeit etc. als sehr brauchbar erwies. Nach 9 Monaten war noch kein Recidiv aufgetreten. W. Fr.

Digitized by Google

Syphilis des Larynx, der Trachea und der Bronchien. (Syphilose du larynx, de la trachée et des bronches.) Von Dr. Carl Mauriac. Paris. Asselin et Houzeau 1889. Kritik von Charazac. (Revue mens. de laryngologie No. 9, 1889.)

Tertiäre Syphilis ist seltener, als die secundäre, aber desto gefährlicher; tödtliche Dyspnoe ist fast constant in letzterem Falle und wird immer die Operation nöthig. Verf. zieht grosse Gaben Jodkalium dem Quecksilber vor und giebt letzteres nur, wenn Jodkalium aus irgend einem Grunde nicht angewandt werden kann. Diagnose, Complicationen, Beschreibung des Leidens sind die allgemein bekannten und bieten nichts Neues.

Dr. P. K.

Kehlkopfentzündung der Elementarschullehrer. (Board school laryngitis.) Von Greville Macdonald, M. L. (London 1889.)

Verf. unterscheidet zwei Formen, eine mit varicösen Venen auf der Oberfläche der Stimmbänder, die andere mit knötchenförmigen Schwellungen am Rande der Stimmbänder oder auf der Oberfläche derselben nahe dem Rande, meist etwas vor der Mitte. Die letztere Form sind die sogen. Sängerknötchen. Sie kommen mehr bei Lehrerinnen vor, namentlich solchen Stimmen, die bei Ueberanstrengung nicht genügend ausgebildet und trainirt sind.

Er entfernt die Knötchen mittelst der schneidenden Zange und empfiehlt ausserdem Stärkung des Allgemeinzustandes, Ausbildung der Stimmen der angehenden Lehrer und nicht zu volle Schulclassen.

Dr. M. Schm.

Auszug aus einem Aufsatze über Perichondritis des Kehlkopfes. (Abstract of paper on perichondritis of the larynx.) Von Havilland Hall, M. D. (Lancet, 28. September 1889.)

Verf. hat primäre Fälle beobachtet, doch ist dabei immer an die Möglichkeit deren secundärer Natur zu denken. Perichondritis auf tuberculöser Basis zeichne sich durch die blasse, blasige Schwellung der Epiglottis und der Aryknorpelüberzüge aus, durch Anwesenheit von Ulcerationen an der Hinterwand. Die syphilitischen sind meist wenig schmerzhaft, es finden sich Ulcerationen im Pharynx, ferner sichert die Anamnese und der Erfolg einer Jodkalibehandlung die Diagnose. Bei krebsiger Perichondritis findet man Infiltration und Verdickung des Schild- und Ringknorpels und der umgebenden Gewebe und Blutungen aus dem Larynx. Die typhöse Form ist durch Mangel an subjectiven Symptomen ausgezeichnet.

Für die Behandlung empfiehlt er Kälte und Ruhe, eventuell Thyreotomie mit Herausnahme der abgestorbenen Knorpeltheile.

Dr. M. Schm.

Ueber geräuschvolles Athmen bei Kindern. (Noisy Respiration in Children.) Von Dillon Brown, New-York. (Archives of Pediatrics, November 1889.)

Brown theilt die Hindernisse für die Athmung in 3 grosse Classen ein: 1) Die nasopharyngeale Stenose bedingt durch phlegmonöse

Digitized by Google

Angina, retropharyngealen Abscess, syphilitische Narben resp. Gummata und Tumoren des Nasenrachenraums. 2) Die laryngeale und tracheale Stenose in Folge von Laryngitis stridulosa, Diphtherie, Glottisoedem etc. 3) Bronchialstenose, verursacht durch Bronchitis, Lungenödem, chron. Emphysem, Asthma spasmodicum und Vergrösserung der Bronchialdrüsen. Allen 3 Classen gemeinschaftlich sind Fremdkörper. Die Differential-Diagnose der einzelnen Abschnitte wird eingehend besprochen.

W. Fr.

Ueber Halslymphdrüsentumoren. (Des tumeurs ganglionnaires du cou.) Von Dr. Polasson. (Province médicale, August 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Primäre Tumoren der Halsganglien sind ohne Ausnahme bösartiger Natur, es sind Lymphadenome, welche aus Hyperplasie der normalen Elemente der Drüsen bestehen: netzförmiges Gewebe und Lymphzellen. Das chirurgische Lymphadenom muss von dem medicinischen Lymphadenom unterschieden werden, da letzteres blos ein Symptom der Lymphadenie oder der Hemocythaemie ist. Die chirurgische Form ist hart, Anfangs gleichmässig, später höckerig, drückt auf die Halsorgane, bekommt weiche Punkte, welche leicht mit Fluctuation verwechselt werden; Haut bleibt lange unversehrt, bis sie sich in der letzten Periode ulcerirt und Patient cachectisch zu Grunde geht; sie ist immer einseitig, ohne Tendenz zur Entzündung, indolent Anfangs; die örtliche Behandlung ist fruchtlos. Man soll so früh wie möglich chirurgisch eingreifen.

Dr. P. K.

Neue Untersuchungen über die Physiologie des Nervus recurrens. (Nouvelles recherches sur la physiologie du nerf recurrent.) Von Franck Donaldson. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

1) Die Abduction der Stimmbänder, d. h. die Erweiterung der Glottis, kann hervorgebracht werden durch Reizung der Recurrentes, ohne dass das Thier anaesthesirt worden ist.

2) Es ist ganz naturgemäss, dass Erweiterung und Verengerung der Glottis besonders von der Intensität des Reizes, der die Recurrentes trifft, abhängt.

Verf. hat einen kleinen Apparat erfunden, mit welchem man alle Bewegungen der Stimmbänder einregistriren kann. Die Experimente wurden an 14 Thieren gemacht, von denen 10 durch Morphiuminjectionen (1,50 Grm. zu 2 Grm.) unempfindlich gemacht worden waren. In allen Fällen brachte ein schwacher Strom Glottisöffnung, während ein starker Glottisverschluss hervorbrachte. In drei anderen Versuchen wurde das Rückenmark der Thiere durchschnitten und die Thiere nicht anaesthesirt: dabei waren die Resultate wieder dieselben.

Verf. schliesst aus diesen Experimenten, dass die Abductorenfasern viel empfindlicher sind, dass selbe weniger widerstandsfähig, als die Adductorenfasern sind, dass sie folglich früher absterben. Demnach stellt Verf. sich, was die Paralyse der Abductoren angeht, auf die Seite von Semon.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Halsabscess mit Blutung. (Abscès du cou avec hémorrhagie.) Von Dr. Mandillon. (Mémoires et bulletins de la société de médecine de Bordeaux. 1 et 2 Fascicules, 1887.)

Ein 60jähriger Mann bekommt nach einem überstandenem Gesichtserysipel einen tiefen Abscess in der Regio carotidea. Ein ganz feiner Hautschnitt genügte, um ein halbes Glas voll Eiter zu entleeren. Fünf Tage nachher tritt eine arterielle Blutung ein; Compression, Eisenchlorid halfen nicht. Verf. schlägt vor, den Schnitt zu erweitern, die blutende Arterie aufzusuchen und zu unterbinden; gelingt dies nicht, so will er die Carotis unterbinden. Das Blut kommt jedenfalls nicht aus einem durch das Bistouri angeschnittenen Gefässe; es handelt sich um ein Anfressen des Blutgefässes durch den umgebenden Eiter.

Dr. P. K.

Ueber chirurgischen Eingriff bei Tuberculösen. (De l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux.) Von Dr. Debray. (Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège No. 7, 1889.)

Im Allgemeinen ist dieses Eingreifen den Patienten schädlich. Verf. vertheidigt unbegreiflicher Weise die Meinung der alten Aerzte, welche in dem Vorhandensein einer Anusfistel das Heil solcher Pat. erblickten und welche solche Fisteln zu unterhalten suchten. Verf. sucht diese seine Meinung durch histologische Experimente zu beweisen, was ihm aber nicht gelingt. Man soll nämlich tuberculöse Wunden sobald als möglich zu heilen suchen.

Dr. P. K.

Tuberculose bei Hühnern. (Tuberculose des poules.) Von Dr. Cameron. (Lettres d'Angleterre und Gazette médicale de Liège No. 39, 1889.)

Auf einem Bauerngute starben 50 Hühner der Reihe nach und die Section ergab Tuberculose. Nachforschungen ergaben, dass die ersten Hühner gleich nach der Ankunft eines Schwindsüchtigen auf dem Bauernhof betroffen wurden. Die Hühner hatten wahrscheinlich den Auswurf des Kranken aufgefressen oder dessen eingetrocknete Sputa als Staub inhalirt. Verf. ist der Ansicht, dass tuberculöse Hühner den Menschen inficiren können.

Dr. P. K.

Einladung

zum X. internationalen medicinischen Congress.

Entsprechend dem Beschlusse des IX. Congresses zu Washington wird in den Tagen vom 4. bis 9. August 1890 der X. internationale medicinische Congress zu Berlin stattfinden.

Als Mitglieder des Organisations-Comité's fungiren: Dr. Rud. Virchow, Vorsitzender; Dr. von Bergmann, Dr. Leyden, Dr. Waldeyer, als Stellvertreter des Vorsitzenden; Dr. Lassar als Generalsecretär. Ausserdem ist für jede Abtheilung ein besonderes Organisations-Comité gebildet worden, welchem die Vorbereitung der Abtheilungs-Sitzungen bezüglich der wissenschaftlichen Aufgaben obliegt. Auch soll mit dem Congress eine internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung verbunden werden. Als geschäftsführendes Mit-

Digitized by Google

glied des Organisations-Comité's für Ohrenheilkunde wurde Prof. Dr. Lucae in Berlin (W., Lützowplatz) und als solches für Laryngologie und Rhinologie Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin (NW., Neustädtische Kirchstrasse 12) gewählt. Die genannten Herren sind auch bereit, weitere Auskunft zu ertheilen.

Alle Zuschriften wolle man an das Bureau des Generalsecretärs, Berlin NW., Karlstrasse 19, adressiren.

Prof. Dr. Anton Friedrich Freiherr von Tröltsch

einer der verdienstvollsten Begründer und Förderer der neueren Ohrenheilkunde, ist am 9. Januar l. J., 60 Jahre alt, in Würzburg, der Stätte seiner ruhmvollen Thätigkeit, aus dem Leben geschieden. Eine eingehende Schilderung seiner Lebensgeschichte bleibt einem später erscheinenden Necrologe vorbehalten.

INHALT.

I. Originalien: Keller: Ueber den Werth der Collodium-Behandlung bei erschlafftem Trommelfelle. — Hansberg: Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase. — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Colles: Ueber 13 Fälle von chron. eitriger Otitis media, behandelt durch Excision der Gehörknöchelchen. — Thorner: Ein Fall von andauerndem Ohrenklingen, beseitigt durch die Heilung einer Nasenverstopfung. — Pratolongo: Behandlung der Ohrpolypen. — b) Rhinologische: Loewenberg: Acustische Untersuchungen über die nasalen Vocale. — Schiffers: Ueber anatomo-pathologische Transformationen der Nasenmyxome. — Holste: Das Aluminium acetico-tartaricum und seine Anwendung bei Nasenkrankheiten. — Rothholz: Habituelle Epistaxis. — Chambrelent: Rhinocephalisches Monstrum. — Kirmisson: Elephantiasis der Nase. — Doubre: Nasenelephantiasis. Radicalcur durch Ausschälen. — Palton: Chronischer Catarrh der Nase und des Pharynx mit Fortpflanzung auf den Sinus frontalis. Trepanation. Heilung. — Foulerton: Eine Lochbildung in der Nasenscheidewand, welche bei Cementarbeitern vorkommt. — c) Pharyngo-laryngologische: Delavan: Einige Beobachtungen über acutes und chronisches Auftreten von adenoiden Vegetationen und deren Behandlung. — Kintzing: Tonsillitis chronica hypertrophica. — Knight: Die Galvanocaustik in der Behandlung von hypertrophirten Mandeln. — Lavrand: Recidivirendes Gesichtserysipel in einem Falle von Tornwald'scher Angina. — Roe: Die Behandlung von Mandelerkrankungen nicht hypertrophischer Art. — Kafemann: Ueber die gegenwärtige Therapie des chron. Rachencatarrhs. — Leudet: Ueber Hemiatrophie der Zunge, syphilitischen Ursprungs. — Schmidt: Ueber die Schlitzung der Mandeln. — Caillé: Membranöser Croup bei einem 12jährigen Mädchen. — Schoppe: Studie über Larynxmassage. — Knight: Dysphonia spastica. — Fowler: Ein Fall von modificirter Laryngectomie wegen Larynx-Epitheliom. Heilung. — Mauriac: Syphilis des Larynx, der Trachea und der Bronchien. — Macdonald: Kehlkopfentzündung der Elementarschullehrer. — Hall: Auszug aus einem Aufsatze über Perichondritis des Kehlkopfes. — Brown: Ueber geräuschvolles Athmen bei Kindern. — Polasson: Ueber Halslymphdrüsentumoren. — Donaldson: Neue Untersuchungen über die Physiologie des Nervus recurrens. — Mandillon: Halsabscess mit Blutung. — Debray: Ueber chirurgischen Eingriff bei Tuberculösen. — Cameron: Tuberculose bei Hühnern. — Einladung zum X. internationalen medicinischen Congress. — Prof. Dr. Anton Friedrich Freiherr von Tröltsch †.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, Februar 1890.** **No. 2.**

I. Originalien.

Vortheile und Nachtheile der Cocainbehandlung des Ohres.

Von

Dr. **E. Baumgarten** in Budapest.

In so manchen verzweifelten Fällen versuchen wir, wenn die üblichen Mittel zu keinem Resultate führen, die zur Behandlung anderer Erkrankungen neu angepriesenen Medicamente. Ein solches Mittel ist das Cocain, von dessen schmerzstillender, anaesthesirender und Entzündungen beschränkender Wirkung bisher reichlich Gebrauch gemacht wurde, da die diesbezüglichen Resultate einstimmig gepriesen wurden.

Letzthin hat Prof. Kiesselbach in dieser Monatsschrift mitgetheilt, dass das Cocain in geeigneten Fällen zur Verminderung der Ohrgeräusche und auch zur Bekämpfung des Schwindels dienen kann, da es den arteriellen Druck herabsetzt. Ich habe das Cocain in mehreren Fällen von Ohrensausen versucht und kann die Beobachtungen von Kiesselbach bestätigen, dass man in manchen Fällen sehr gute Resultate erlangen kann, dass aber diese Fälle nicht nur nicht von der Ursache des Sausens abhängig sind, da bei ganz analogen Fällen der eine ja, der andere nicht besser wird, sondern, dass selbst dieselben Fälle zu manchen Zeiten schnell, zu anderen Zeiten gar nicht besser werden, muss ich nach meinen diesbezüglichen Erfahrungen noch hinzufügen. Keine Resultate bei Ohren-

Digitized by Google

sausen von Cocain hatte auch ich bei Sclerose, ferner bei Chinintaubheit, Erleichterung bei einigen Fällen von Labyrinthleiden. Bei chronischem Mittelohrcatarrh hatte ich manchmal, nachdem eine Anzahl anderer Behandlungsmethoden gar keinen Erfolg hatte, sehr schöne Resultate durch die Einspritzung einer 5procentigen Cocainlösung durch den Catheter ins Mittelohr. Wenn die ersten 2—3 Einspritzungen erfolglos waren, haben auch die späteren keinen Werth gehabt. Besonders oft hörte das pulsirende Geräusch nach dieser Behandlung auf, während das als „Wasserkochen" beschriebene höchstens nur geringer wurde. Einfache anämische Geräusche wurden nur in wenigen Fällen geringer, dagegen fast alle hysterischen oder nervösen, wenn keine catarrhalischen Erscheinungen vorhanden waren. Bei allen acuten Fällen, Affectionen ernster Natur des Labyrinthes ausgenommen, leistet das Cocain sehr gute Dienste und wende ich es deshalb gerade nur äusserst selten mehr an, da es eben oft zu viel leistet. Diese acuten Fälle werden auch ohne Cocain gut, und man kann nur zu leicht bei diesen Fällen, wie ich einige später erwähnen werde, Intoxicationen erzeugen.

Aehnliche Beobachtungen werden gar viele Specialisten bereits gemacht haben, und diese Wirkung des Cocains hätte mich nicht veranlasst, darüber zu berichten. Es veranlasste mich eine andere, oft sehr eclatante und frappirende Wirkung des Cocains, die sich mir schon mehrmals sehr wirkungsvoll erwiesen hat, sie zu weiteren Versuchen zu empfehlen. Ich verwende als künstliches Trommelfell meist Watte, die der Form der Perforation oder der Form des ganzen fehlenden Trommelfelles angepasst wird. Wie bekannt, muss Form, Dicke, Lage dem einzelnen Falle angepasst werden. Nun hatte ich Gelegenheit, in gar manchen Fällen zu beobachten, dass diese Wattetrommelfelle nie einen solchen Erfolg der Hörverbesserung zeigten, in welche Flüssigkeit immer sie auch früher getaucht wurden, als wenn diese Flüssigkeit 5- oder 10procentige Cocainlösung war. Ja, es waren einige Personen, bei denen nur in Cocain getränkte Trommelfelle einen Hörerfolg hatten. Meist zeigte sich der Erfolg nicht gleich, sondern nur nach einigen Secunden, doch oft auch bei denselben Personen gleich. Nebenbei muss ich noch hinzufügen, dass, selbst wenn die Eiterung noch nicht ganz gewichen war, oder wenn sie gewichen war, andere Lösungen, in denen das Trommelfell getaucht wurde, nicht vertragen wurden, da sie eine neue Eiterung hervorriefen, die Cocaintrommelfelle fast immer anstandslos liegen bleiben konnten. Besonders eclatant war der Erfolg in einem Falle, bei welchem Synechie des Hammergriffes vorhanden und Granulationen in seiner Nähe waren, dann bei sehr grossen resp. ganzen Defecten des Trommelfelles, wenn schon eine leichte Vernarbung Platz gegriffen hat. Bei einer trockenen Perforation im unteren Abschnitte hatte auch dies Trommelfell keinen Erfolg; als ich nun zufällig ein kleines Cocainbäuschchen durch die Perforation schob, kam es Pat. vor, als ob er besser hören würde. Ich gab nun ein anderes, feuchteres hinein und Patient hörte darauf, auch den anderen Tag, noch bedeutend besser. Früher hörte er an dieser Seite keine Uhr, keine Flüstersprache, nur sehr laut gesprochene Worte in nächster Nähe, nach Cocain Worte in gewöhnlicher Sprache und genau das Ticken einer Waterbury-Uhr, die einen ganz lauten Schlag hat, die einfache Taschenuhr hörte er nicht. Diese Wirkung des Cocains ist

Digitized by Google

einfach dadurch zu erklären, dass es die Gefässe und damit die Schwellungen der Schleimhaut zur Contraction bringt, wodurch die Gehörknöchelchen leichter schwingen können.

Ich erwähnte früher, dass ich bei acuten Fällen das Cocain nicht mehr gern anwende, da es bei acut entzündeter Schleimhaut des Mittelohres leicht Intoxication erzeugen kann. Während ich das Cocain in der Nase täglich anwende, ohne je Intoxicationserscheinungen beobachtet zu haben, hatte ich oft bei Anwendung im Rachen bei sehr nervösen Personen manche unangenehme Wirkungen beobachtet. Im Ohre hatte ich ein Mal einen classischen Fall von Intoxication. Es betraf einen Collegen, der eine Perforatio sicca hatte, die jährlich von einem Cerumenpfropfe ausgefüllt wird. Obwohl ich nur einen schwachen Wasserstrahl zur Lockerung anwandte, da ich wusste, dass dies Ohr sehr sensibel ist, und mit der Pincette den Pfropf herauszog, war dennoch gleich die ganze Schleimhaut des Mittelohres und der Trommelfellrest sehr hyperaemisch. Um eine eventuelle Eiterung, die früher oft auftrat, gleich zu bekämpfen, träufelte ich 2—3 Tropfen einer 5procentigen Cocainlösung ein, also kaum 5 Milligramm Cocain, nach wenigen Secunden war die ganze Hyperämie geschwunden, dafür aber traten Schwindel, taumelnder Gang, Kopfschmerz, Erbrechen etc. auf, wovon sich Patient jedoch bald erholte. Intoxicationen mit viel geringeren Erscheinungen kommen gewiss öfter vor, und meide ich, besonders bei sehr erregten Personen, die Anwendung im acuten Stadium sowohl vom Gehörgange aus, als per tubam, weil die Contraction der Gefässe der Mittelohrschleimhaut so schnell erfolgt, dass sie auch die centralen erregen und Intoxicationserscheinungen hervorrufen. Bei Residuen durch Mittelohreiterungen als Tauchflüssigkeit für das Watteetrommelfell zur Gehörverbesserung wird das Cocain durch seinen Erfolg bald selbst sich empfehlen.

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Fortsetzung.)

4. Fall. S. L., 46jähriger Beamter aus Prag, leidet seit 1½ Jahren an verminderter Durchgängigkeit der rechten Nasenhälfte, äusserst wechselnden Grades, verbunden mit eitriger übelriechender Secretion aus derselben; mit Ausnahme zeitweise auftretender Schmerzempfindung am rechten Nasenrücken keinerlei sonstige Beschwerden. Bezüglich dieses Falles sei blos erwähnt, dass in der rechten Nasenhälfte ein mächtig entwickelter, das Septum innig tangirender lateraler Schleimhautwulst vorgefunden und auf Grund der vorangegangenen Beobachtungen sofort als solcher erkannt wurde. Das eitrige Secret quillt nur aus dem medialen Spalte hervor. Nach Abtragung des Wulstes kommen an der äusseren Nasenwand gegenüber der atrophischen mittleren Muschel zahl-

Digitized by Google

reiche polypöse Wucherungen zum Vorschein, nach deren galvanocaustischer Zerstörung das Ostium maxillare für Sonde und Canüle passirbar ist. Bei Irrigation der Oberkieferhöhle wird massenhaft stinkender, jauchig verfärbter Eiter aus derselben entfernt. Zähne vollkommen gesund. Diagnose: Empyem der rechten Oberkieferhöhle. Patient musste wegen anderweitiger Erkrankung die Behandlung vorläufig unterbrechen.

5. Fall. V. M., 20jährige Nähterin aus Prag. Patientin behauptet nachdrücklich und bestimmt, bis vor Jahresfrist nie welche Beschwerden von Seiten der Nase gehabt zu haben; desgleichen waren vor $1^1/_2$ Jahren noch sämmtliche Zähne des Oberkiefers intact. Mit einem Male wurden aber zu beiden Seiten je der 2. Schneidezahn und der 2. Buccalis schadhaft und machte der cariöse Prozess so rasche Fortschritte, dass nach Ablauf $^1/_2$ Jahres nur mehr Wurzeln derselben übrig waren. Ein Vierteljahr später begann ebenso plötzlich profuse eitrige Absonderung aus beiden Nasenhälften. Das Secret wurde bald darauf übelriechend, und begann in weiterer Folge, namentlich des Nachts, zu grünlichen Krusten einzutrocknen. Die behinderte Nasenathmung, ferner der häufig wiederkehrende Stirnkopfschmerz und Schwindelanfälle, welche sich gleich zu Beginn der Nasenaffection einstellten, veranlassten die Patientin, ärztliche Hilfe zu suchen.

Aus dem objectivem Befunde heben wir kurz hervor: ausgesprochene Atrophie der Nasenschleimhaut und des Gerüstes sowohl der mittleren, als auch der unteren Muscheln. Erstere stehen mit je einem lateralen Schleimhautwulste in Berührung und sind dem Septum merklich, wenn auch nicht ganz nahegerückt. Die Wülste sind weniger mächtig entwickelt, heben auch lateralwärts nicht so scharf gegen den Boden ab, als wir sonst gesehen, übergehen vielmehr nur allmählig und ohne dass eine Demarcationsfurche zu Tage tritt, in die Schleimhaut der äusseren Nasenwand; zugleich erscheint die nasale Wand der Oberkieferhöhle beiderseits mässig nach der Mittellinie vorgetrieben. Trotz sorgfältigst geübter Reinigung und massenhafter Irrigation der Nase bleibt in dem Berührungsspalte zwischen Wulst und mittlerer Muschel, und zwar in einer wie der anderen Nasenhälfte dennoch stets ein schleimig-eitriger Pfropf haften, der nur mit der Pincette entfernt werden kann. Ebenso kommt nach vorangegangener Reinigung das neugebildete Secret immer zuerst an dieser Stelle zum Vorschein. Einerseits diese Beobachtung, andererseits die aus der Anamnese sich ergebende rasche Aufeinanderfolge des Nasenleidens auf ein Zahnleiden, sowie der Zahnbefund selbst, genügten vollkommen, um die Möglichkeit einer gleichzeitigen Erkrankung der Nebenhöhlen, vor Allem der Oberkieferhöhlen in Betracht zu ziehen und die Behandlung mit Rücksicht darauf zu leiten. Es wurden also zunächst die Wülste abgetragen, die vorhandenen Zahnstümpfe extrahirt und sodann die Oberkieferhöhlen von den Alveolen des 2. Buccalis aus eröffnet. Nachdem dies geschehen und die Nase nochmals gründlich gereinigt worden war, wurde eine Durchspülung der Höhlen vorgenommen und dabei aus jeder derselben eine ganz beträchtliche Menge eitrigen Secretes entfernt, somit die vorangeführte Vermuthung zur Thatsache erhoben.

Dass wir nebstdem vollen Grund hatten, die Ozaena als aus dem

Digitized by Google

Kieferhöhlenempyeme hervorgegangen zu betrachten, sei vorläufig nur erwähnt; das Warum wird erst später nachgetragen werden. Den weiteren Verlauf des Falles anbelangend, muss die jedenfalls bemerkenswerthe Thatsache registrirt werden, dass sofort nach Behebung der Kieferhöhleneiterung, was nur kurze Zeit in Anspruch nahm, in Bezug auf den atrophischen Prozess eine auffallende Besserung, so zu sagen ein plötzlicher Stillstand eintrat, welcher bis heute andauert, obzwar seit der Operation schon Wochen vergangen sind, so zwar, dass von einer eigentlichen Behandlung kaum mehr die Rede ist und die Patientin nur ab und zu erscheint, um ihr stabiles Wohlbefinden durch die Untersuchung bestätigt zu wissen.

6. Fall. M. M., 19jährige Lehrerin aus Prag, leidet seit ihrem 14. Lebensjahre an Absonderung eitrigen, übelriechenden Secretes und Krustenbildung in beiden Nasenhälften. Sonst absolut keine Beschwerden; doch soll vor und zu Beginn der Erkrankung häufig Zahnschmerz im Oberkiefer aufgetreten sein; Symptome irgend eines constitutionellen Leidens sind bei der Patientin keine vorhanden.

Die objective Untersuchung der Nase ergiebt vorgeschrittene Schleimhaut- und Knochenatrophie sämmtlicher sichtbarer Muscheln. In der linken Nasenhälfte ist in Folge Gegenwart des lateralen Schleimhautwulstes, welcher bis an's Septum heranreicht, von der mittleren Muschel nichts zu sehen. Rechts bedeckt ein ähnlicher Wulst die an's Septum gedrängte, abgeplattete, mittlere Muschel blos zur Hälfte. Der Berührungsspalt zwischen Wulst und Muschel zeigt im oberen Drittel seiner Höhe eine rundliche Oeffnung, in welcher nach vorangegangener Reinigung stets ein schleimig-eitriger Pfropf sitzen bleibt. Ein ähnlicher Pfropf wird auch rechterseits in dem Berührungsspalte zwischen Wulst und Septum nachgewiesen. Wird nach absoluter Reinlegung der Nase einige Stunden später eine neuerliche Untersuchung vorgenommen, so erscheint der Pfropf beiderseits wiederum und zwar an derselben Stelle vorhanden und die unterhalb gelegene Vorderfläche des Wulstes, resp. der mittleren Muschel in geringem Umkreise mit Secret bedeckt, während die übrige Schleimhaut allerseits noch frei davon ist.

Im Vergleich zu den vorbeschriebenen Fällen weist jedoch der Schleimhautwulst manche nicht unwesentliche Verschiedenheit auf. Zunächst ist das Schleimhautpolster der Vorderfläche weit weniger entwickelt, als sonst der Fall war, die Convexität eine geringere, dagegen die Consistenz eine viel derbere. Der Uebergang des lateralen Wulstrandes in die Schleimhaut der äusseren Nasenwand ist ein ganz allmähliger, so dass eine Grenze zwischen beiden überhaupt nicht zu Tage tritt. Wiederholte Sondirungsversuche ergeben ferner, dass nebst der Schleimhauthypertrophie gleichzeitig auch eine wirkliche Hervorwölbung des Gerüstes der äusseren Nasenwand besteht.

Mit Ausnahme des Eckzahnes, des 1. Buccalis und der Molares der linken Seite sind sämmtliche Zähne des Oberkiefers cariös, theils nur noch Wurzeln vorhanden.

Diagnose: Rhinitis foetida athrophicans, wahrscheinlich ex Empyema Antri Highmori utriusque.

Alle übrigen von uns beobachteten Fälle bringen wir in der folgenden Tabelle, wobei wir die hier beschriebenen nochmals einbezogen haben.

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Einseitige Erkrankung	Doppelseitige Erkrankung	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
1.	K. J., 21jähr. Lehrerin.	l.		Seit 6 Jahren Undurchgängigkeit der linken Nasenhälfte mit profuser Absonderung eitrigen, übelriechenden Secretes aus derselben. Bei vorgebeugter Körperhalt. nimmt der Ausfluss aus der Nase merklich zu. Zahnschmerz in der linken Oberkieferhälfte vorangegangen. Continuirlicher linksseit. Kopfschmerz, oft Schwindelgefühl, fliegende Stiche in der Nase und in der Wange derselb. Seite. Herabsetzung des Riechvermögens, Abnahme des Gedächtnisses und Unlust zu geistiger Arbeit. Vor 4 Jahren monatelang erfolglos an Nasenpolypen behandelt worden.	Die linke Nasenhälfte durch zahlreiche Schleimpolypen vollständig obturirt, nach deren Entfernung an d. äusseren Nasenwand eine mächtige Schleimhautgeschwulst sichtbar wird. Diese setzt lateralwärts vom Boden scharf ab und bedeckt die an's Septum gedrängte, atrophirte, mittlere Muschel fast ganz. (Nähere Beschreibung der Geschwulst siehe in der vorangegangenen Casuistik, 1. Fall.) Aus dem Berührungsspalte zwischen Wulst u. mittlerer Muschel quillt Eiter hervor, mehr noch bei Abdrängung des Wulstes, worauf in d. Tiefe Polypenreste und polyp. Wucherungen zum Vorschein kommen. Nach Abtragung d. Wulstes Einführung einer Canüle in das Ost. max. und Irrigation. Empyem der l. Oberkieferhöhle nachgewiesen.	Beide Buccales d. linken Oberkieferhälfte cariös (plombirt), 1. Molaris fehlt.	Polypenbildung in der link. Nasenhälfte. Empyem d. linken Oberkieferhöhle.
2.	K. M., 24jähr. Bahnarbeiter	r.		Seit 8 Mon. behinderte Durchgängigkeit der r. Nasenhälfte mit eitriger, übelriechender Absonderung aus derselben; continuirlicher halbseitiger(r) Kopfschmerz. Vor 4 Wochen vollständige Verstopf. d. betr. Nasenhälfte, zugleich heftige Schwindelanf. hinzugetreten, die Pat. arbeitsunf. machen.	Obturation der rechten Nasenhälfte d. einen einzelnen grossen Schleimpolypen, nach dessen Entfernung kein Stiel sichtbar ist. Mächtiger lateraler Schleimhautwulst an der äusseren Nasenwand, das geschwellte vordere Ende der übrigens vollkommen unsichtb. mittler. Muschel vortäuschend. (Nähere Beschreibung des Wulstes s. in d. Casuistik 2. Fall.)	2. Buccalis u. 1. Molaris d. recht. Oberkieferhälfte cariös.	Polypenbildung in der recht. Nasenhälfte. Empyem der r. Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

					Nach Abtragung der Geschwulst zahlreiche polypöse Wucherungen hinter derselben an der äusseren Nasenwand. Mittlere Muschel stark atrophirt, an's Septum gedrängt. Ostium maxillare zugänglich. Empyem der Oberkieferhöhle durch Irrigation derselben nachgewiesen.		
3.	S. W., 32 jähr. Schmied.	l.		Seit 5 Jahren behinderte Durchgängigkeit, im letzten Jahre vollständige Verstopfung der linken Nasenhälfte, verbunden mit reichlicher, eitriger Absonderung. Sonst keinerlei Beschwerden. Vor 3 Jahren an Nasenpolypen operirt worden.	Obturation der linken Nasenhälfte in Folge Gegenwart mehrerer Schleimpolypen, nach deren Entfernung Polypenreste nicht sichtbar sind. Mächtiger lateraler Schleimhautwulst, die mittlere Muschel zum grössten Theile verdeckend. Letztere abgeplattet, atrophirt, hart an's Septum gedrängt. Zwischen Wulst und mittlerer Muschel quillt eitriges Secret hervor. Nach Abtragung des Wulstes Sitz des Polypennestes sowie zahlreicher Schleimhautwucherungen an der äusseren Nasenwand, ferner Empyem der Oberkieferhöhle durch Irrigation bestimmt nachgewiesen.	Zähne gesund.	Polypenbildung in der link. Nasenhälfte. Empyem der linken Oberkieferhöhle.
4.	F. K., 40 jähr. Heizer.		d.	7 Jahre hindurch ziemlich vollständig behinderte Nasenathmung, verursacht durch Polypenbildung in beiden Nasenhälften; Secretion zumeist eitrig, profus. Gänzlicher Verlust des Riechvermögens. Continuirlicher Stirnkopfschmerz, oft solchen Grades, dass Pat. Tage lang arbeitsunfähig ist. Der Po-	Erst im Laufe d. letzten Behandlung wurde die Ursache der wiederholten Recidiven, wie auch die Quelle der Eiterung entdeckt. Jene lag in dem bisherigen Unvermögen, dem Sitze des Polypennestes auf die Spur zu kommen und dieses direct der Behandlung zu unterziehen. Was nämlich den vor mir behandelnden Collegen und bis vor Kurzem auch mir als mittlere Muschel imponirt	Mit Ausnahme des beiderseits noch vorhandenen 2. Buccal. waren die übrigen Zähne d. Oberkiefers schon längst verloren gegangen.	Polypenbildung in beiden Nasenhälften. Doppelseitiges Empyem der Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Erkrankung: Einseitige	Erkrankung: Doppelseitige	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
				lypen wegen bereits mehrfach, vor 3 Jahren auch von mir operativ behandelt worden, jedoch ohne Erfolg, da binnen Kurzem immer wieder Recidive auftraten. Letztens im Mai 1888 von mir in Behandlung genommen, wobei vollkommene Heilung erzielt wurde.	und operative Eingriffe in der Tiefe verwehrt hatte, war einfach ein beiderseitiger, dicht bis an's Septum heranreichender, lateraler Schleimhautwulst, welcher in Folge seiner mächtigen Entwickelung und äusseren Formgestaltung das geschwellte vordere Ende der mittleren Muschel vortäuschte. Nach Abtragung der Wülste wurden beiderseits vollständiger Schwund der mittl. Muschel, zahlreiche Polypenreste und polypöse Wucherungen an der äusseren Nasenwand, sowie doppelseitiges Empyem der Oberkieferhöhle constatirt. Die Heilung kam, abgesehen von der Extraction je des 2. Buccalis, ausschliesslich durch Behandlung von der Nase aus zu Stande.		
5.	St. R., 24jähr. med. studios.	l.		Seit 8 Jahren ziemlich vollständige Undurchgängigkeit der linken Nasenhälfte mit reichlichem Eiterabfluss aus derselben; sonstige Beschwerden fehlen. Pat. war anderwärts schon 2 Mal an Nasenpolypen erfolglos operirt worden.	Nach Entfernung zahlreicher Schleimpolypen und Abtragung des mächtigen, bis auf die untere Muschel übergreifenden lateralen Schleimhautwulstes wurde der Sitz des Polypennestes an der äusseren Nasenwand nachgewiesen. Mittlere Muschel geschrumpft, atrophisch, dem Septum anliegend. Bei Ausspülung der nun (wahrscheinlich durch das Ostium accessor.) zugänglichen Oberkiefer-	Eckzahn der l. Oberkieferhälfte cariös, 2. Buccal. nur als Wurzel vorhanden, äussere Knochenlamelle daselbst zerstört. Dauer d. Zahncaries	Polypenbildg. in d. linken Nasenhälfte. Empyem der linken Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

					höhle wird massenhaft stinkender Eiter aus derselben entfernt. Heilung nach Eröffnung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze (2. Buccalis) aus.	unbekannt.	
6.	N. K., 27jähr. Müllergehilfensgattin.		d.	Seit 4—5 Jahren absolute Undurchgängigkeit der Nase und eitrige Absonderung aus beiden Hälften; sonst keinerlei Beschwerden. Das Leiden begann mit einem äusserst heftigen Schnupfen, welcher chronisch wurde.	Zahlreiche Schleimpolypen in beiden Nasenhälften; zwischen den Berührungsflächen dringt eitriges Secret hervor. Nach Entfernung der Polypen kommt beiderseits ein mächtig entwickelter lateraler Schleimhautwulst zum Vorschein, welcher die mittlere Muschel vollkommen verdeckt, andererseits aber mit einer vom Septum ausgehenden Schleimhautgeschwulst in Berührung steht. Letztere ist wallförmig, setzt unten und medianwärts gegen den Boden scharf ab und verläuft sagittal von vorne nach hinten. In der rechten Nasenhälfte sind die einander gegenüberliegenden Schleimhautgeschwülste an der Berührungsstelle mit einander verwachsen. Nach Trennung der Synecchie und Abtragung der Wülste ist das Ostium maxillare (accessorium) beiderseits zugänglich. Mittelst Irrigation wurde massenhaft Eiter aus den Kieferhöhlen entfernt. Mittlere Muscheln hochgradig atrophisch. Heilung durch ausschliessliche Behandlung von der Nase aus.	Zähne gesund.	Polypenbildg. in beiden Nasenhälften. Doppelseitiges Empyem d. Oberkieferhöhle.
7.	K. A., 18jähr. Schuldienertochter.	l.		Angeblich seit 6 Jahren mehr weniger vollständige Verstopfung der linken Nasenhälfte mit profuser Absonderung eitrigen, übelriechenden	Zahlreiche Schleimpol. mittl. Grösse in der l. Nasenhälfte. Erst nach Entfernung ders. und d. mächtigen, bis an's Sept. reichenden later. Schleimhautwulstes wird die stark atrophirte, so-	Zähne gesund.	Polypenbildg. in der linken Nasenhälfte. Empyem der linken

Digitized by Google

			Anamnese und Verlauf der Erkrankung	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung: Aussere Formveränderungen des internalen Schleimhautwulstes	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
			Beschwerden; sonst keine Beschwerden.	wohl medianwärts als nach hinten gedrängte mittl. Muschel sichtbar. An ihrer vord. Kante und lat. Fläche sitzen ebenf. kleine polyp. Geschwülste. Das eigentl. Polypennest befindet sich hint. d. Schleimhautwulste an der äusseren Nasenw. Nach Erweiterung des freiliegenden, zweifellos accessorischen Ost. maxillare wird aus d. Kieferhöhle eine colossale Menge flüssigen Eiters und käsiger Massen mittelst Irrigation entfernt. Heilg. durch Behandlung von der Nase aus erzielt.		Oberkieferhöhle.
8.	W. A., 27 Jahr. Tischlergehilfe.	l.	Seit 8 Monaten (?) Undurchgängigkeit der linken Nasenhälfte mit eitriger, übelriechender Absonderung aus derselben; sonst keine Beschwerden.	Obturirender mächtiger Schleimpol. in der l. Nasenhälfte. Nach Extract. dess. kommt d. mittelgr. lat. Schleimhautwulst u. die medianwärts gedrängte, zwar schlanke, jedoch nicht ausgesprochen atroph. mittl Muschel u. im Berührungsspalte zwisch. beiden d Polypenstiel zum Vorschein; ebenso dringt aus d. Spalte eitr. Secret hervor. Nach Abtragung d. Wulstes werden nebst der Polypenwurzel noch weitere polypöse Wucherungen an d. äusseren Nasenw. vorgefunden. Ost. max. blossliegend u. zugängl.; durch nachfolgende Irrigat. Empyem d. Oberkieferhöhle bestimmt erwiesen. Heilung durch Behandlung von der Nase aus	Zähne gesund.	Polypenbildg. in der linken Nasenhälfte. Empyem der linken Oberkieferhöhle.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase.

Von

Dr. med. **Hansberg** in Dortmund.

(Schluss.)

Es ist eine bekannte Thatsache, dass von den Nebenhöhlen der Nase die Oberkieferhöhle in weitaus überwiegender Mehrzahl an Empyem erkrankt, und da man in Erkrankungen der Nasenschleimhaut hierfür nicht allein den Grund finden zu können glaubte, so lag es nahe, Caries der Eck- und Backzähne, deren Wurzeln oft nur durch eine dünne Knochenlamelle von dem Antrum getrennt sind, in seltenen Fällen sogar frei in dasselbe hineinragen, welch' letzteres Verhalten ich indessen bei Untersuchung einer sehr grossen Zahl macerirter Schädel nur einmal constatiren konnte, für das Empyem der Oberkieferhöhle verantwortlich zu machen. Gegenwärtig ist die Aetiologie der Highmorshöhlenempyeme noch eine offene Frage, und während die Einen, unter ihnen Zuckerkandl, Hartmann, Krause-Friedländer, Jelenffy etc., das Causalmoment vorzugsweise — ich sage „vorzugsweise", da es wohl keinen Kliniker geben dürfte, der nicht beide Ursachen für möglich hielte — in Erkrankungen der Nasenschleimhaut finden, vertreten B. Fränkel, Ziem, Schech, Walb, Krieg und die meisten Chirurgen, z. B. König, den entgegengesetzten Standpunkt.

Es kann nun nicht meine Absicht sein, auf eine klinische Controverse einzugehen, wenn ich indessen auf das Resultat meiner anatomischen Untersuchungen recurrire, so finde ich da allerdings Anhaltspunkte genug, die uns die überwiegende Häufigkeit der Empyeme des Sinus maxillaris im Verhältniss zu denen des Sinus sphenoidalis und frontalis wohl erklären, ohne Caries der Zähne als ätiologisches Moment heranzuziehen.

Vergegenwärtigen wir uns, dass die Ostien der Stirn- und Keilbeinhöhle am Nasendach liegen, so werden wir begreifen, dass bei Blennorrhöen der Nase Infectionsstoffe in grösserer Masse nicht in diese Höhlen gelangen können, bei der Stirnhöhle tritt dazu noch der günstige Umstand, dass die Ausflussöffnung am Boden des Sinus gelegen ist, demnach die in demselben angesammelten Secrete leicht Abfluss finden können, vorausgesetzt, dass die Oeffnung nicht verschwollen ist. Das ist auch vielleicht der Grund, dass Zuckerkandl eine Stirnhöhleneiterung nie hat isolirt beobachten können, eine Beobachtung, die sich der Kliniker leicht erklären kann, da bekanntlich nach Beseitigung eines Empyems des Antrum Highmori und damit erfolgter Abschwellung der Weichtheile, also Freiwerden der verschwollenen resp. verlegten Ausflussöffnung des Sinus frontalis ein gleichzeitig vorliegendes Empyem dieses Sinus ohne weiteres Zuthun des Arztes zur Heilung gelangt. Ich will damit natürlich keineswegs gesagt haben, dass Stirnhöhleneiterungen nicht auch isolirt vorkommen.

Ungünstiger als diese Ostien liegt schon die Ausflussöffnung des Sinus maxillaris, der hier in Betracht kommende Hiatus semilunaris. Derselbe befindet sich ungefähr in der Mitte der Höhe der Nasenhöhle, liegt also immerhin noch tief genug, um Eitermassen in ihn hineinfliessen

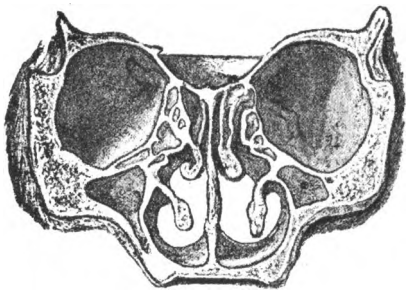
Digitized by Google

zu lassen, ausserdem müssen wir berücksichtigen, dass sowohl die Stirnhöhle, als auch eine Anzahl Siebbeinzellen ihr Secret in ihn entleeren. Bei Entzündungen der Nasenschleimhaut wird aber trotzdem in vielen Fällen kein Secret in das Antrum Highmori gelangen, da die Schleimhaut des Hiatus semilunaris gleichzeitig anschwillt und den halbmondförmigen Spalt abschliesst, also gewissermaassen eine natürliche Schutzvorrichtung getroffen wird. Ist der Spalt nun aber von vornherein nicht eng, sondern weit, so wird die geschwollene Schleimhaut denselben nicht vollständig abschliessen und das Eindringen von grösseren Secretmassen in den Sinus nicht verhindern können.

Noch bei Weitem nachtheiliger für ein Intactbleiben der Oberkieferhöhlenschleimhaut gestaltet sich die Sache, wenn ein Foramen secundarium vorhanden ist. Alsdann kann eine so starke Schwellung der das Foramen umgebenden Weichtheile, dass dadurch dasselbe verlegt wird, schon aus anatomischen Gründen nicht erfolgen, da hier die Schleimhaut gewöhnlich dünn und gespannt ist, es ist daher Infectionsmassen en masse Thür und Thor geöffnet, um so mehr, als die accessorische Oeffnung gewöhnlich viel tiefer gelegen ist, als der Hiatus semilunaris.

Auch Zuckerkandl und neuerdings Jelenffy betonen die Gefahr einer Erkrankung des Sinus maxillaris bei weitem Hiatus semilunaris resp. bei Anwesenheit eines Foramen secundarium.

Ich hatte bei meinen anatomischen Untersuchungen das Glück, ein Präparat zu finden, das für die Richtigkeit vorstehender Ausführungen sehr beweiskräftig ist; ich werde dasselbe daher kurz beschreiben und eine Zeichnung beifügen (Fig. V).



Figur V.

Das jedenfalls einem älteren Individuum entstammende Präparat stellt einen Frontalschnitt durch beide Nasenhöhlen dar, der Schnitt wurde so gelegt, dass die Mündungen der Oberkieferhöhle getroffen wurden. Die hochgradig verkleinerten Highmorshöhlen — die linke hat kaum die Grösse einer Hasel-, die rechte die einer Wallnuss — zeigten sich beiderseits erkrankt. In der linken fand sich die Schleimhaut um das 10—15fache geschwollen, in der rechten sehr unbedeutend, in beiden Höhlen Eitermassen, Nasenschleimhaut gesund.

Wie ein Blick auf die Zeichnung lehrt, ist es in diesem Fall absolut ausgeschlossen, dass das Empyem von cariösen Zähnen ausgegangen ist,

Digitized by Google

abgesehen davon, dass dieselben fehlen, da linkerseits z. B. der Boden des Alveolarfortsatzes wenigstens 2 Ctm. vom Grunde der Highmorshöhle entfernt ist, es konnte daher das Empyem nur von der früher krank gewesenen Nasenschleimhaut entstanden sein.

Besonders interessant war nun an dem Präparat, dass linkerseits ein Foramen accessorium vorhanden war, und merkwürdig, dass hier auch die Erkrankung der Schleimhaut bei Weitem stärker als rechts befunden wurde.

Bei der in Frage gekommenen Perforation der Höhle würden links, falls vom Alveolarfortsatze oder der Fossa canina die Operation vorgenommen worden wäre, die Schwierigkeiten sehr erhebliche geworden sein; vom Alveolarfortsatze wäre es sicher unmöglich gewesen, auch wäre es zweifelhaft gewesen, ob man vom unteren Nasengang aus mit dem Krause'schen Trokar oder dem Mikulicz'schen Instrument das höchstens 2 Mm. betragende Lumen des stark verschwollenen Ostiums getroffen hätte. Hier konnte also nur der mittlere Nasengang in Frage kommen, und da wäre es gewiss sehr einfach gewesen, durch das Foramen accessorium mit der Canüle einzugehen und die Höhle auszuspülen. Aller Wahrscheinlichkeit nach hätte man auch hierdurch eine Heilung erzielen können, zumal das Antrum keine Buchten zeigte.

Solche Fälle sind nun gewiss nicht häufig, sie lehren uns aber, wie wichtig die Sondirung ist.

Nach den im Vorstehenden gegebenen Erläuterungen wird es einleuchten, dass in denjenigen Fällen, in denen ein Empyem von der Nasenschleimhaut seinen Ausgang nimmt, wir begründete Ursache haben, anzunehmen, dass hier auch die Sondirung leicht sein wird, und damit werden uns auch die Angaben einiger Autoren, die bei Empyemen leicht mit der Sonde in die Highmorshöhle dringen konnten, z. B. Jourdain und neuerdings Heryng, erklärlich; es waren das wohl vorzugsweise Fälle, die Naseneiterungen ihren Ursprung verdankten.

Wir haben nun oben gesehen, dass in ca. $^2/_3$ der Fälle eine Sondirung möglich ist; wenn wir aber auch annehmen, dass nur ein geringerer Theil der Highmorshöhlenempyeme von der Nase ausgeht, so werden wir immerhin noch in einem höheren Procentsatz, als ich angegeben, die Sondirung und Drainage der Höhle ausführen können. Wie ich indessen des Näheren ausführte, lässt sich über die Aetiologie der Empyeme noch streiten.

Von pathologischen Veränderungen, die die Sondirung erschweren können, kommen vorzugsweise Polypen, polypoide Hyperplasien der mittleren Muschel und Schleimhautschwellungen in der Umgebung des Hiatus semilunaris in Betracht, also Befunde, die theils Folge, theils Ursache von Empyemen sein können.

Polypen im mittleren Nasengang sind sehr häufig und es ist bekannt, wie gern dieselben von den Lefzen des Hiatus semilunaris ausgehen, auch sind sie nachweislich oft die Ursache von Empyemen. Sie werden mit der kalten Schlinge entfernt, ebenso polypoide Hyperplasien der mittleren Muschel.

Die Schleimhautschwellungen am Hiatus semilunaris erreichen beim Empyem manchmal eine bedeutende Grösse und können so für das Gelingen der Sondirung sehr hinderlich werden, auch ist es oft schwer,

Digitized by Google

sich zu orientiren, meistens kann man indessen die Stelle sehen, woher der Eiter fliesst, und wenn dies nicht der Fall ist, geht man zwischen mittlerer Muschel und der geschwollenen Schleimhaut der äusseren Wand, die häufig der mittleren Muschel, selbst eine Muschel vortäuschend, anliegt, ein und wird dann gewöhnlich in den Hiatus semilunaris resp. Foramen secundarium gelangen können.

Dass bei Ozaena meistens die Sondirung leicht ist, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, sie kommt hier aber nicht in Betracht, da bekanntlich bei Ozaena selten Empyeme beobachtet werden.

* * *

Ich wende mich nun zur Stirnhöhle. Soviel mir bekannt, ist Jurasz der Erste, der eingehend über die Sondirung der Stirnhöhle berichtet hat und dem es unter 21 Fällen 11 Mal gelang, dieselbe beim Lebenden zu sondiren.

Meine Resultate stimmen mit den Angaben von Jurasz im Wesentlichen überein, wenn derselbe indessen angiebt, dass nur in denjenigen Fällen eine Sondirung möglich sei, bei denen die Ausmündungsstelle des Stirnhöhlenganges bei der Rhinoscopie sichtbar sei, so ist mir das zum Mindesten auffallend; auch in keinem meiner zahlreichen Präparate wäre es möglich gewesen, das für gewöhnlich von der mittleren Muschel verdeckte Ostium der Stirnhöhle sehen zu können. Eine Ausnahme machen natürlich die Fälle, in denen durch Erkrankungsprocesse (Ozaena, Lues) die Muschel verloren gegangen ist.

Ich bin bei meinen Untersuchungen zu dem Resultat gelangt, dass kaum in der Hälfte der Fälle eine Sondirung der Stirnhöhle möglich ist, und zwar ist dies in dem Verhalten der mittleren Muschel zu suchen, die dem Eindringen der Sonde für gewöhnlich einen Widerstand entgegensetzt. Ich kann es daher wohl begreifen, wenn Michel diese Muschel à tout prix entfernt wissen will, wie ich andererseits der Ansicht anderer Autoren, die die Sondirung des Sinus frontalis sogar für leicht und fast in allen Fällen als möglich erklären, durchaus nicht zustimmen kann. Ich will zwar gern zugeben, dass in einzelnen Fällen es sogar leicht sein wird, die Sonde einzuführen, meistens aber wird man indessen ohne Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel sicher nicht zum Ziele gelangen. Auch ohne den Widerstand von Seiten dieser Muschel finden sich oft noch Klippen und Riffe genug vor, an denen vorbeizukommen man Mühe hat, und häufig bedarf es verschiedener Abbiegungen der Sonde, um dieselbe in das Ostium hinein gelangen zu lassen.

Abgesehen von der mittleren Muschel, habe ich indessen bei meinen sämmtlichen Präparaten die anatomischen Verhältnisse nie derart gefunden, dass dadurch eine Sondirung unmöglich geworden wäre, so verschieden auch das anatomische Verhalten des Stirnhöhlenganges und seiner Ostien sein mag.

In den meisten Fällen mündet der Ausführungsgang der Stirnhöhle in den Hiatus semilunaris, der Gang bildet dann gewissermaassen die Fortsetzung des letzteren; manchmal ist indessen die Mündung mehr

Digitized by Google

nach vorn, abseits vom Hiatus gelegen, oft sind 2 Mündungen vorhanden, selten 3, ohne dass deshalb mehrere entsprechende Stirnhöhlenfächer vorhanden zu sein brauchten.

Misslich ist, dass verschiedene Siebbeinzellen ebenfalls in den Hiatus semilunaris ausmünden, in diese kann daher die Sonde sich leicht verirren, besonders dann, wenn man die Spitze derselben mehr nach aussen bewegt; es ist daher rathsam, mehr nach der Mittellinie zu operiren.

Auch der Stirnhöhlengang mit den Ostien unterliegt in seinem Verlauf, Weite und Länge verschiedenen Schwankungen, in der Regel verläuft er mit leichter Concavität nach vorn, manchmal ist derselbe abnorm weit nach vorn, in seltenen Fällen stark nach hinten verlaufend, welch' letzteres Verhalten ich in zwei meiner Präparate so stark entwickelt fand, dass die Einmündungsstelle in die Stirnhöhle durch eine vor ihr liegende grosse Siebbeinzelle von der vorderen Wand der Höhle wenigstens 10 Mm. entfernt war.

Der durchschnittlich 12 Mm. lange Gang — in einem Fall fehlte derselbe vollständig, man gelangte mit der Sonde sofort durch ein kleines Ostium in die Stirnhöhle, in mehreren anderen Präparaten betrug derselbe sogar bis zu 20 Mm. — ist für eine $^1/_2$—1 Mm. dicke Sonde durchgängig, nach den Ostien zu erweitert sich derselbe. In 2 meiner Präparate fehlte die Stirnhöhle.

Zur Sondirung benutzt man eine $^1/_2$—1 Mm. dicke geknöpfte Sonde, die derart abgebogen ist, dass das mit der Concavität nach vorn sehende abgebogene Ende eine Länge von circa 30 Mm. hat und mit dem verlängerten Theil der Sonde einen Winkel von 125° bildet. Die abgebogene Spitze nach oben gerichtet, geht man zwischen vorderes Ende der mittleren Muschel und äussere nasale Wand ein und versucht, ob man nach vorn oben weiter dringen kann. Kommt man nicht zum Ziele, so giebt man der Sonde eine etwas andere Abbiegung, entweder mehr nach vorn oder hinten. Bei gelungener Sondirung fühlt man, dass die Sonde leicht durch den Gang hindurchgeht und ohne Mühe noch eine Strecke weiter gebracht werden kann. Zur Controle, ob man wirklich in der Stirnhöhle ist und nicht etwa in einer grösseren Siebbeinzelle, dient einestheils die Richtung, die die Sonde genommen hat, andererseits kann man an dem eingeführten Theil derselben durch Messungen feststellen, ob die Stirnhöhle passirt wurde. Beträgt nämlich der eingeführte Theil der Sonde circa 60 Mm. oder darüber, so ist mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Sondirung gelungen ist, da nach meinen Messungen die Entfernung des Bodens des Introitus der Nase bis zum Boden der Stirnhöhle durchschnittlich 50 Mm. beträgt.

Von den Erkrankungen der Stirnhöhle, die bei der Sondirung in Betracht kommen, sind zu nennen das Empyem und der Hydrops, Erkrankungen, die nach Zuckerkandl und anderen Autoren nicht gerade häufig angetroffen werden.

Die bis jetzt in der Literatur bekannten Fälle betrafen meist Erkrankungen, die mit sichtbaren Veränderungen der die Stirnhöhle umgebenden Theile verbunden waren, also besonders Aufgetriebensein der Stirnhöhlenwandung und Exophthalmus, es waren das also Fälle, bei denen die Eröffnung des Sinus von aussen indicirt war. Aber es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Stirnhöhlenempyeme nicht nur mit

Digitized by Google

in Folge Verlegung des Ausmündungsganges eingetretener Ectasie der Höhle complicirt sind; ich glaube, wohl in den meisten Fällen wird eine, wenn auch erschwerte Communication mit der Nase bestehen bleiben, das Empyem aber wegen mangelhaften Eiterabflusses oder durch die Eiterung eingetretene Folgezustände (Caries) nicht zur Heilung gelangen.

Diese Fälle nun sind es, die unser Eingreifen von der Nase aus erfordern, und wir werden hier den Versuch machen müssen, ob es nicht gelingt, mit der Canüle in den Sinus zu gelangen, um durch antiseptische Ausspülungen die Eiterung zur Sistirung zu bringen.

Ich habe nun im Vorhergehenden angeführt, dass die Sondirung der Stirnhöhle in weitaus den meisten Fällen ohne Entfernung der mittleren Muschel nicht gelingt, ich würde im geeigneten Fall aber auch keinen Augenblick zögern, diese, soviel mir bekannt, zuerst von Hartmann ausgeführte Operation vorzunehmen, die ich als leicht und ganz ungefährlich bezeichnen muss. Sie gelingt leicht mittelst des von Hartmann angegebenen Conchotoms oder auch mit der Galvanocaustik, jedenfalls ist nach der Operation die Sondirung gewöhnlich auszuführen.

Hartmann veröffentlichte im Jahre 1877 und 1882 2 Fälle von Stirnhöhlenempyem, die er mit der Luftdouche nach Politzer erfolgreich behandelte. Ich hatte selbst Gelegenheit, mich von dem Nutzen derselben zu überzeugen, halte aber natürlich eine Ausspülung der Stirnhöhle für rationeller; auch Schutter führt zwei Fälle an, die er mit Ausspülungen erfolgreich behandelte. Uebrigens werden auch von Hartmann die letzteren in den letzten Jahren viel angewendet.

* * *

Von der Keilbeinhöhle berichten meines Wissens nur Hartmann und Schech, dass ihnen die Sondirung und Drainirung derselben gelungen sei, während von allen anderen Autoren nur Suchanneck in seiner grösseren Arbeit über Nasenleiden nebenbei die Möglichkeit der Sondirung betont.

Meine Untersuchungen haben mich davon überzeugt, dass in sehr vielen Fällen die Keilbeinhöhle mit der Sonde erreicht werden kann, und ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich in wenigstens $^2/_3$ aller Fälle diese Angabe als zutreffend bezeichne, bei günstigen Raumverhältnissen ist dieselbe sogar überraschend leicht. Um so mehr muss man sich wundern, dass diese für manche Erkrankungsprocesse des Sinus sphenoidalis sehr zweckmässige und rationelle Methode nicht schon längst Allgemeingut der Aerzte geworden ist.

Wie ich bereits oben erwähnte, ist die Ausflussöffnung der Keilbeinhöhle am Nasendach gelegen, etwa 5 Mm. vom Septum entfernt, in einzelnen Fällen rückt sie etwas nach abwärts bis zur Mitte der Höhe, am Boden des Sinus kommt sie indessen wie auch Zuckerkandl betont, nie vor. Die Grösse der meist rundlichen, manchmal ovalen oder schlitzförmigen Oeffnung variirt sehr, meistens hat sie einen Durchmesser von 3 Mm., in sehr seltenen Fällen ist sie so klein, dass man mit einer ganz dünnen Sonde nicht hindurch kommen kann, mehrere Male betrug

Digitized by Google

dieselbe bis zu 10 Mm. In einem Fall fehlte die Oeffnung an der einen Seite, was, wie Zuckerkandl und Schech betonen, nicht so ganz selten der Fall sein soll. Einmal verlief die Oeffnung schräg von vorn oben nach hinten unten, so dass es unmöglich gewesen wäre, von der Nase aus mit der Sonde in den Sinus zu gelangen.

Nach Zuckerkandl mündet die Ausflussöffnung der Keilbeinhöhle in den Recessus spheno-ethmoidalis, nach Wernher frei in die Nasenhöhle. Nach meinen Untersuchungen muss ich Beiden Recht geben, indessen findet man nur sehr selten Präparate, in denen das Ostium nicht in den spheno-ethmoidalis mündet, und zwar dann, wenn durch hochgradige Entwickelung der hintersten Siebbeinzelle der Recessus nicht mehr existirt resp. die Oeffnung der Keilbeinhöhle ganz nach der Mitte gerückt ist.

Für das Gelingen der Sondirung kommt in Betracht die Weite der Rima olfactoria, und diese ist abhängig einerseits von dem Stand und der Entwickelung des Septums, andererseits der Lage und dem Bau der mittleren Muschel. Bekanntlich trifft man selten ein Individuum, das ein vollkommen gerade stehendes Septum hat, fast immer ist es nach einer Seite etwas ausgebogen, oft finden sich auch Knochenleisten, die die Riechspalte verengern helfen.

Ist das Septum nun nach einer Seite stark ausgebogen, so kann schon dieses allein verhindern, dass man der Sonde die erforderliche Richtung geben kann; tritt dazu noch eine starke Einwärtslagerung der mittleren Muschel oder bedeutende Grösse derselben, so kann die Rima so eng werden, dass selbst eine ganz dünne Sonde nicht hindurchgeführt werden kann, während auf der entgegengesetzten Seite man dann um so leichter zum Ziele gelangt.

Ich brauche wohl nicht weiter anzuführen, dass auch pathologische Veränderungen (Polypen, Hypertrophien der Schleimhaut) die Sondirung erschweren resp. verhindern können.

Man benutzt bei der Sondirung eine $^1/_2$ — 1 Mm. dicke geknöpfte Sonde von ca. 15 Ctm. Länge, die vorn catheterförmig abgebogen ist. Die Spitze des Schnabels nach unten gerichtet, geht man zwischen mittlere Muschel und Septum ein und dirigirt die Sonde nach hinten oben — nicht, wie Suchanneck angiebt, in der Projection der mittleren Muschel —, bis man die vordere Fläche der Keilbeinhöhle erreicht hat; alsdann wird der Schnabel nach der einen Seite gedreht und meistens wird man dann die Oeffnung passiren können.

Einmal verlief das Ostium schräg von vorn unten nach hinten oben, hier konnte ich nur dadurch zum Ziele gelangen, dass ich, die Spitze der Sonde nach aufwärts gerichtet, einging.

Ueber die Erkrankungen der Keilbeinhöhle ist bis jetzt nur wenig bekannt; nach dem übereinstimmenden Bericht der Autoren sind die Symptome derselben aber auch so wechselnd und wenig characteristisch, dass nur in seltenen Fällen eine sichere Diagnose gestellt werden konnte, in den bekannten Fällen gab daher oft erst die Section Aufschluss.

Als das constanteste Symptom bei Empyem und Caries der Keilbeinhöhle — und nur diese Erkrankungen allein sind es, die für die Sondirung in Betracht kommen — ist jedenfalls Eiterabfluss zu bezeichnen, der meistens zwischen mittlerer Muschel und Septum oder bei der Rhi-

Digitized by Google

noscopia posterior auf dem hinteren Ende der mittleren Muschel lagernd zu finden ist. Findet man daher an diesen Stellen Eiter, so ist jedenfalls Verdacht auf Empyem der Keilbeinhöhle gerechtfertigt und der Versuch zu machen, dieselbe zu sondiren und eine Ausspülung zu machen. Die Möglichkeit, mittelst der Sonde eine cariöse Stelle in der Höhle zu constatiren, ist auch nicht ausgeschlossen, und ich erinnere mich eines Falles, wo bei gleichzeitig vorliegender Caries der Siebbeinzellen, die öfter mit Caries der Keilbeinhöhle complicirt ist, ich mit der Sonde auf eine rauhe Stelle in der Sinuswandung stiess; eine Täuschung darüber, dass ich wirklich in der Keilbeinhöhle war, konnte um so sicherer ausgeschlossen werden, als der eingeführte Theil der Sonde über 90 Mm. betrug, nach meinen Messungen aber die Entfernung vom Boden des Introitus nar. bis zum Ostium im Mittel 72 Mm. und in maximo nur 79 Mm. betrug.

Führt die Ausspülung der Keilbeinhöhle durch die natürliche Oeffnung nicht zum Ziele, so kommt, besonders bei vorliegender Caries, die operative Eröffnung des Sinus in Frage, ein Vorgehen, das um so mehr gerechtfertigt ist, als nach Berger und Tyrman Caries der Keilbeinhöhle zu den gefährlichsten Folgeerscheinungen Veranlassung giebt und durch Uebergreifen auf das Auge zu Erblindung oder auf das Gehirn den Tod herbeiführen kann.

SURGICAL MEDICAL
JAN 13 1898
LIBRARY ASS'N

Schäffer durchstiess bei 3 Kranken mit der von ihm angegebenen Löffelsonde die vordere Wand der Keilbeinhöhle und brachte dadurch das Empyem zur Heilung; neuerdings hat Herzog 3 Mal dasselbe Verfahren angewendet, indem er zugleich in ausgiebiger Weise die mittlere Muschel galvanocaustisch zerstörte, um sich möglichst freien Zugang zur Keilbeinhöhle zu verschaffen. Jedenfalls wird es sich empfehlen, die Wegnahme dieser Muschel immer dann vorzunehmen, wenn die Eröffnung des Sinus in Frage kommt.

Zuckerkandl schlägt vor, zur Ausführung dieser Operation das Instrument in der Projective der mittleren Muschel vorzustossen, ich halte es indessen mit Schech für erforderlich, dasselbe etwas höher zu richten, da die untere Wand der Keilbeinhöhle noch circa 10 Mm. höher liegt, als die mittlere Muschel.

Eine Gefahr ist übrigens bei dieser Operation für Denjenigen, der die Anatomie dieser Region beherrscht, sicher auszuschliessen; die Befürchtung, hierbei das Gehirn zu verletzen, halte ich für ebenso unbegründet, als die bis jetzt noch bei manchen Aerzten vorhandene Furcht, bei der Gaumenmandel-Exstirpation die Carotis zu treffen.

Ich glaube in vorstehender Arbeit die Sondirung der Nebenhöhlen erschöpfend behandelt zu haben und halte mich nach meinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1) die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase ist in sehr vielen Fällen auszuführen;

2) sie ist ein werthvolles diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel bei Erkrankungen, insbesondere den Empyemen derselben; sie sollte daher

3) von keinem Rhinologen vernachlässigt werden.

Digitized by Google

Literatur.

Berger und Tyrmann „Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen des Sehorgans". 1886.

Bücheler „Ueber die geschwulstbildenden Processe des Antrum Highmori". Inaugural-Dissertation. Bonn 1889.

B. Fränkel „Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle". Berliner klin. Wochenschrift No. 16, 1887.

Friedländer, Alfred „Zur Therapie des Empyema Antri Highmori". Berl. klin. Wochenschrift No. 37, 1889.

Hartmann „Ueber Empyem der Oberkieferhöhle". Deutsche medicin. Wochenschrift No. 10, 1889.

— „Ueber das Empyem der Stirnhöhlen". Arch. f. klin. Med. 20.

— „Supraorbitalneuralgie, hervorgerufen durch Empyem der Nebenhöhlen der Nase". Berl. klin. Wochenschrift No. 48, 1882.

Henle, Grundriss der Anatomie des Menschen.

Heryng „Die electrische Durchleuchtung der Highmorshöhle bei Empyem". Berl. klin. Wochenschrift No. 36 und 37, 1889.

Hyrtl, Lehrbuch der Anatomie des Menschen.

Jelenffy „Zur Frage der Ausspülung der Highmorshöhle". Berl. klin. Wochenschrift No. 35, 1889.

Jurasz „Ueber die Sondirung der Stirnhöhle". Berl. klin. Wochenschr. No. 3, 1887.

König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie, I. Bd., S. 232.

König, Emil „Ueber Empyem und Hydrops der Stirnhöhle". Bern 1882.

Krause, Berl. klin. Wochenschr. No. 15, 1887.

Krieg „Ueber Empyem des Antrum Highmori". Württemb. Correspond. No. 34 und 35, 1888.

Mackenzie „Krankheiten des Halses und der Nase". Deutsch von Felix Semon. 2 Bände. 1880 und 1884.

Michel „Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes". 1876.

Mikulicz „Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorshöhle". Zeitschrift für Heilkunde. VII. 4. 1886.

Moldenhauer „Die Krankheiten der Nasenhöhlen, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes". 1886.

Schech „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase". II. Auflage. 1888.

— „Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase". II. Auflage. 1890.

Schäffer, M. „Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie". Wiesbaden 1885.

Schmidt, Moritz „Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori. Berl. klin. Wochenschrift No. 50, 1888.

Schwalbe, Anatomie der Sinnesorgane.

Störk „Ueber die Localbehandlung des Empyems der Highmorshöhle". Wiener med. Wochenschrift No. 43, 1886.

Schutter „Beitrag zur Casuistik des Stirnhöhlenempyems". Monatsschr. für Ohrenheilkunde etc. No. 10, 1888.

Steiner „Ueber die Entwickelung der Stirnhöhlen und deren krankhafte Erweiterung durch Ansammlung von Flüssigkeit". Arehiv für klin. Chirurgie Bd. XIII, 1.

Suchanneck „Ueber Nasenleiden etc." Zürich 1888.

Voltolini „Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes, nebst einer Abhandlung über Electrolyse". Breslau 1888.

Walb „Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen- und Rachenkrankheiten". 1888.

Digitized by Google

Wernher „Ueber die Auftreibung des Sinus maxillaris durch Flüssigkeiten, besonders durch Schleimcysten". Archiv für klin. Chir. XIX.

Ziem „Ueber Blennorrhoe der Nase und ihrer Nebenhöhlen". Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 4, 1880.

— „Ueber das zweckmässigste Verfahren zur Eröffnung der Kieferhöhle", Therapeut. Monatshefte No. 4 und 5, 1888.

Zuckerkandl „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge". Wien 1882.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Otitis media als Folgekrankheit der Influenza. Von Dr. Patrzek, Oppeln. (Allgemeine medicinische Central-Zeitung No. 6, 18 Januar 1890.)

Verfasser spricht seine Verwunderung darüber aus, dass bei den Erörterungen über die Influenza-Epidemie sowohl in Berlin als auch in Wien das Gehörorgan so wenig Berücksichtigung gefunden habe. Er beobachtete mehrere Fälle von Mittelohr-Entzündungen, die ohne Zweifel Folgen der Influenza gewesen sind. Das characteristische Symptom war die Blutung. Bei zwei Patienten bestand neben der Perforation ein reichlicher blutig-seröser Ausfluss. Bei beiden war das linke Ohr ergriffen. Es bestanden Schmerzen, Sausen, Schwerhörigkeit.

Weitere Mittheilungen behält sich Verf. vor.

Ueber Trepanation des Schläfenbeins bei Thrombose des Sinus transversus. Von Dr. L. W. Orlow. (Deutsche medicinische Wochenschrift No. 10, 1889.)

Orlow beschreibt den Fall einer 27 Jahre alten Frau, bei der linkerseits eine eiterige Knochenhaut-Entzündung in Folge der seit 17 Jahren bestehenden Otorrhoe entstanden; trotz der Eröffnung des Abscesses wollte die Temperatur nicht sinken, der Puls war schwach und Patientin konnte aus ihrem schlafsüchtigen Zustande gar nicht herauskommen, so dass die Operation ohne Chloroform, unter örtlicher Anästhesie durch Aether sulfuricus, gemacht werden musste. Nach oben und unten den ursprünglichen Schnitt verlängert, wurde die Trepanation mit dem Meissel ausgeführt. Es gelang nicht, das Antr. mastoid. zu finden, weil der Warzenfortsatz sclerosirt war, so dass bereits beschlossen war, die Trepanation aufzugeben, als mit dem letzten Schlage des Meissels aus der Tiefe eine dünne Knochenlamelle entfernt wurde; jetzt zeigte sich Eiter und auch Pulsation wurde beobachtet, indem der Sinus transversus eröffnet war. Die Eitersecretion aus der Schädelhöhle war zwar, trotz der sofort eingeleiteten antiseptischen Behandlung, selbst noch zwei Wochen nach der Operation bedeutend, doch besserten sich allmählig das Allgemeinbefinden, Kräfte und Appetit, der Process selbst heilte erst nach Monaten, doch war der Ausgang ein recht günstiger. (Patientin hatte bald darauf eine normale Niederkunft.) — Verfasser macht in dem beschriebenen Falle auf das zweifache Interesse aufmerksam: in dia-

Digitized by Google

gnostischer Hinsicht nämlich und in Hinsicht des günstigen Ausganges, welcher der zufälligen Eröffnung der Schädelhöhle und des in ihr eingeschlossenen Abscesses zugeschrieben werden muss.

Szenes.

Zur Pathogenese der nach Entzündungen des Gehörorgans auftretenden Erkrankungen des Schädelinnern. Von Dr. Eg. Hoffmann, Greifswald. (Deutsche medicinische Wochenschrift No. 10, 1889.)

Die Ursachen für das verhältnissmässig häufige Zustandekommen der intracraniellen Erkrankungen und die Bahnen, auf welchen die Entzündung vom Gehörorgane sich auf das Schädelinnere verbreitet, zählt Hoffmann der Reihe nach auf und erörtert auch die Bedingungen, unter welchen dies geschieht. Der Oertlichkeit nach ordnet Verfasser die auf diesen Wegen entstandenen intracraniellen Krankheiten in 4 Gruppen: 1) Die eitrige Entzündung der Dura auf der dem Knochen anliegenden Fläche eventuell mit Bildung eines Abscesses zwischen ihr und dem Knochen; 2) die Entzündung der grossen Blutleiter eventuell mit Thrombose derselben; 3) die Entzündung der weichen Hirnhäute und 4) der Hirnabscess.

Szenes.

Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen. Von Prof. Dr. E. Küster. (Deutsche medicinische Wochenschrift No. 10—13, 1889.)

Küster nimmt Stellung dagegen, dass heute noch bei Eiterungen in starrwandigen Höhlen die Eröffnung zu spät zu geschehen pflegt, es wird nur ein Einschnitt und selbst dieser an unzweckmässiger Stelle gemacht und da der stagnirende Eiter einen üblen Einfluss ausübt, so sucht man ihn durch fortwährende Ausspülungen fortzuschaffen. Dieses Verfahren stellt jedoch einerseits eine ausserordentliche Belästigung des Kranken dar, andererseits aber bildet die ein- und ausströmende Flüssigkeit ein mechanisches Hinderniss der Heilung, indem die sich bildenden Adhaesionen zum Theil wieder gesprengt und auch noch die Eitercoccen zuweilen geradezu in die Gewebe hineingepresst werden. Verfasser glaubt daher, dass jede Eiterung in starrwandigen Höhlen früh eröffnet werden soll, dass der Schnitt an der tiefsten Stelle liege und, wenigstens bei grossen Höhlen, doppelt sei, und dass die Ausspülungen auf ein möglichst geringes Maass beschränkt werden mögen. Und nun werden zuerst die Eiterungen in Höhlen mit nur einer starren Wand besprochen, und dann die Eiterungen jener Höhlen, die von völlig starrwandigen Knochenwänden begrenzt sind. Letztere, mit Schleimhaut ausgekleidet, können nur dann heilen, wenn die Schleimhaut zur Norm zurückkehrt, oder sich derartig verändert, dass sie keinen Eiter mehr absondern kann, wenn sie daher narbig schrumpft und atrophisch wird; als solche Empyme werden die der Oberkieferhöhle, der Stirnhöhle und schliesslich die des Antrum mastoideum beschrieben.

Bezüglich der Eiterungen in der Warzenfortsatz-Höhle beruft sich Küster auf Resultate, die er seit 10 Jahren sammelt und ist sein Verfahren verschieden, je nachdem es sich um primäre Affection des Warzenfortsatzes handelt, bei der die Paukenhöhle wenig oder

Digitized by Google

gar nicht betheiligt ist, oder um primäre Mittelohreiterungen mit oder ohne secundäre Betheiligung des Knochens. Zur primären Affection des Warzenfortsatzes zählt Verfasser in erster Reihe das Cholesteatom, welches er als branchiogenes Kystom im Felsenbein betrachtet, das oft auch längere Zeit hindurch symptomlos bestehen kann, bis es späterhin, einen Wachsthumsanstoss erhaltend, die dünne Wand nach der Paukenhöhle oder dem äusseren Gehörgang durchbricht; in anderen Fällen, und wahrscheinlich am häufigsten, aber wird eine Mittelohreiterung den Anlass zum Durchbruch geben, so dass die auffälligen Massen aus dem Ohre erst dann entleert werden, nachdem die Eiterung bereits einige Zeit bestanden. Hierher werden auch noch die tuberculösen Ostitiden des Warzenfortsatzes gerechnet, die ebenfalls als primär auftretende Affectionen angesehen werden müssen und die acute infectiöse Osteomyelitis des Warzenfortsatzes, die nach Schwartze's Erfahrungen nicht nur am Warzenfortsatz, sondern auch an anderen Theilen des Felsenbeines vorkommen. Bei diesen Affectionen macht Küster einen halbmondförmigen Einschnitt bis zur Spitze des Warzenfortsatzes, hebt das durchschnittene Periost nach beiden Seiten hin ab, lässt durch scharfe Wundhaken die Weichtheile auseinander halten, um in der Höhe des äusseren Gehörganges ein Stück aus der Corticalis, mittelst platten Meissels, abzutragen; der unter der Corticalis liegende erweichte Knochen wird mit scharfem Löffel ausgegraben, ist aber der Knochen hart, so wird er mit dem Meissel herausgebrochen. Verfasser glaubt auf diese Art den Sinus nicht verletzen zu können, gleichgiltig, ob er oberflächlich oder tief liegt und glaubt eher auf eine Verletzung der Dura denken zu müssen, wenn schwammige Granulationen mit dem Löffel abgeschabt werden müssen, während die Hirnhaut schon einen gewissen Grad der Erweichung aufweist. — Wird bei der Operation auf sehr harten sclerotischen Knochen gestossen, dann soll die hintere Wand des knöchernen Gehörganges abgetragen werden; ist ein Theil des Trommelfells und der Gehörknöchelchen noch erhalten, dann soll der Gehörgang möglichst nahe lateralwärts vom Trommelfell eröffnet werden; ist aber die Paukenhöhle mit Granulationen erfüllt, Trommelfell und Gehörknöchelchen verloren gegangen, dann soll man bis in's Cavum tympani dringen, um alles Krankhafte entfernen zu können, und entweder wird ein Drain durch's Ohr geführt, oder die tiefe Knochenwunde tamponirt. Die Verbände werden bei diesem Verfahren nur selten erneuert, die Eiterung ist nach dem Eingriff in der Regel nur geringfügig und scheinen die methodischen Ausspritzungen daher überflüssig.

Gesellt sich der primären Paukenhöhleneiterung eine Erkrankung des Warzenfortsatzes, dann soll das Eröffnen allsogleich vorgenommen werden, wie die Entzündung über die Grenzen der Paukenhöhle hinüberzugreifen beginnt, was sich durch Periostitis am Warzenfortsatz oder durch Gehirnerscheinungen verräth; in diesen Fällen hält Verfasser den Wilde'schen Einschnitt nicht für ausreichend, wenn sich auch zuweilen die Erscheinungen auf denselben bessern, da der Krankheitsherd auch noch weiter besteht.

(Küster operirte 44 Mal nach dem durch ihn vorgeschlagenen Verfahren und hat von den Patienten nur 7 verloren. Was den Werth dieses Verfahrens betrifft, will Jacobson in der dem Vortrage Küster's

Digitized by Google

gefolgten Discussion [Berliner clin. Wochenschr. 1889, No. 10, pag. 216] die neue Operationsmethode zwar nicht angreifen, doch muss er die Operationsresultate der Ohrenärzte entschieden in Schutz nehmen, da Schwartze's Casuistik um 16 pCt. mehr günstige Fälle aufweist. — Ref.) Szenes.

---

b) Rhinologische:

Kann Flüssigkeit beim Ausspülen der Nase auch in deren Nebenhöhlen gerathen? Von Dr. Josef M. Neumann. Vorgetragen in der königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 9. März 1889. (Orvosi hetilap No. 13, 1889.)

Neumann wollte durch an Leichen gemachte Experimente sich davon überzeugen, ob es möglich wäre, die Nebenhöhlen durch die Nasenhöhle, bei geeigneten Kopfhaltungen des Kranken, per vias naturales auszuspülen. An zersägten Köpfen fand nämlich Verfasser, dass die Flüssigkeit, die er in die Nasengänge gegossen, über der Eingangsöffnung der Highmorshöhle stockte, sein Niveau nicht veränderte, aber sofort in die Höhle sank, als eine Gegenöffnung gebohrt wurde. Die Eingiessungen wurden regelrecht, wie bei Lebenden, in der Seitenlage des Kopfes gemacht; hernach wurde die Highmorshöhle von der Gesichtsseite angebohrt, der Kopf in situ gelassen, und von 18 Fällen war die Flüssigkeit blos 3 Mal in die Höhle gesunken und quoll beim Anbohren von aussen hervor. Von den 3 positiven Experimenten scheidet Verfasser 2 aus, weil die Schleimhaut in diesen Fällen atrophisirt und selbst der Knochen geschwunden schien, das Ostium maxillare somit sehr gross und nicht gedeckt war. Bei solcher pathologischen Abnormität aber ergiebt sich auch keine Anzeige für die Ausspülung der Highmorshöhle, da hier ein Catarrh der Schleimhaut sich auf die Höhle nicht fortpflanzen kann. Beim 3. positiven Experimente war das Eindringen der Flüssigkeit in die Kieferhöhle einer physiologischen Anomalie wegen ermöglicht, da sich ein accessorisches erbsengrosses Ostium maxillare vorgefunden, welches unabhängig vom Infundibulum eine directe Verbindung zwischen Nasen- und Kieferhöhle bewerkstelligte. Eine ähnliche Anomalie liess sich auch noch in 3 anderen Fällen finden, doch waren die accessorischen Mündungen kleiner und somit überschwemmte das Wasser beide Eingangsöffnungen zwar, konnte jedoch nicht in die Kieferhöhle sinken.

Die Dimensionen der Kieferhöhlenmündung fand Verfasser denen von Zukerkandl bezeichneten gleich; wo sie kleiner waren, war ein accessorisches Ostium zu finden und bei grösseren Dimensionen war die Mündung vom Infundibulum mehr gedeckt.

Stirn- und Keilbeinhöhle können absolut nicht ausgespült werden. Mit Safranin gefärbtes Wasser in die Nasenhöhle gegossen, war die Schleimhaut überall imprägnirt, doch die erwähnten Höhlen wollten keine Spur der Färbung zeigen. Beim Lebenden glaubt Verfasser dasselbe annehmen zu müssen, da die betreffenden Theile nicht verschieblich sind und die Oeffnungen der Nebenhöhlen sind der natürlichen Intumescenz der Schleimhaut wegen noch kleiner.

Digitized by Google

Da schliesslich eine Flüssigkeit, in die Höhle gebracht, blos bei offener Contraapertur abzufliessen vermag, macht Neumann auch darauf aufmerksam, dass beim Emyem der Kieferhöhle sich kein Eiter entfernen kann; sickert er dennoch hervor, dann ist es ein Zeichen, dass die Höhle ganz voll ist, Eiter aber noch immer sich bildet und das Ueberproducirte wird hinausgedrückt. Es giebt somit nur eine Therapie des Empyems: Eröffnung und ausgiebige Irrigation, und selbst wenn von der Spülflüssigkeit bei normalen Verhältnissen etwas in die Nebenhöhlen gerathen könnte, darf man nicht darauf vergessen, dass gerade bei Entzündungen auch diese grösseren Durchlassöffnungen verschwollen sind.

Szenes.

Einige Fälle von Störungen des Geruches und Geschmackes. Von Dr. Egmont Baumgarten. (Pester med.-chirurg. Presse No. 9, 1889.)

Nach Besprechung der Anosmie und Hyperosmie im Allgemeinen liefert Baumgarten drei Krankengeschichten zur Illustration derselben. Bei einer 46 Jahre alten Frau war die Hyperosmie von asthmaartigen Beklemmungen und Stimmbandparesen begleitet; Patientin war neurasthenisch und gegen Gasgeruch sehr empfindlich, so dass sie dasselbe vom anderen Zimmer gerochen und sämmtliche Erscheinungen, die stets nach Erkältungen aufgetreten, konnten sich bei ihr auch nach Gasgeruch einstellen; Rachencatarrh und Parese der Stimmbandschliesser waren vorhanden, in der Nase aber chronischer Catarrh mit beträchtlicher Verdickung der unteren Muscheln. Nachdem die unteren vorderen Enden der Nasenmuscheln mit der Glühschlinge entfernt wurden, zeigte sich eine Anzahl von Papillomen an der Muschel und eine polypöse Degeneration am hintern Ende derselben; alles wurde entfernt und es hörten die asthmaartigen Beklemmungen, die Stimmbandparesen und auch die Hyperosmie auf.

Bei einem 45 Jahre alten Eisenbahndirector waren durch eine Rhinitis hypertrophica bilateralis, Pharyngitis granulosa und Pharyngitis lateralis hypertrophica verursachte und mit Erbrechen verbundene Hustenkrämpfe vorhanden, die von einer solchen Hyperosmie begleitet waren, dass er stets einen Hustenanfall bekam, wenn er zufällig am Arm seines Abreibers gerochen. Schon am Beginne der Behandlung aber war noch eine Alliotrosmie aufgetreten, so dass er stets den Leichengeruch seines verstorbenen Verwandten verspürte, doch durch einen künstlichen Schnupfen, den Verfasser durch die galvanocaustische Brennung erzeugte, war die Alliotrosmie schon den 2. Tag gewichen.

Den Fall einer Parosmie hatte Verfasser Gelegenheit, bei einem Kaufmanne zu beobachten. Derselbe bekam nämlich beim Zerstäuben einer 10procentigen Carbollösung eine Portion in die linke Nase und roch ein Jahr hindurch überall Carbol, später aber nur dann, wenn er den rechten Nasenflügel angedrückt, die Luft links stark eingezogen. Linkerseits wurde eine Verdickung der mittleren Nasenmuschel weggeätzt, trotzdem riecht Patient bei indifferenten Sachen und bei schwachen Gerüchen, selbst wenn ihm die Augen verbunden werden, stets Carbol.

Szenes.

Digitized by Google

Ein Fall von tuberculösem Tumor der Nasenschleimhaut. Aus der laryngol. Klinik des Prof. Schrötter von Dr. G. Juffinger. (Wien. klin. Wochenschr. No. 13, 1889.)

Die Kranke war eine 21jährige schwächliche Frau, die vor 5 Jahren an einer Pleuropneumonie erkrankt, sich vollständig wieder erholt hatte. 12 Geschwister sind an Lungen-Erkrankungen gestorben. Im August 1888 wurde die rechte Nase undurchgängig. Damals wurde ihr ein haselnussgrosser Tumor vom Septum abgetragen. Nach 1 Monate Recidive; nochmalige Entfernung eines gleichgrossen Tumors mit der Glüh-Schlinge.

Anfangs October nochmalige Recidive; Abmagerung, Husten, Nachtschweisse. Rechter Naseneingang durch einen wallnussgrossen, von aussen mit Krusten, von innen mit normaler Schleimhaut bedeckten, mässig derben Tumor eingenommen und ausgedehnt. Am Rande des Tumors eingelagerte gelbe miliare Knötchen sichtbar, Consistenz überall gleichmässig. Ausdehnung nach oben und hinten nicht genau bestimmbar; Basis scheinbar am Septum und Nasenboden. Die microscopische Untersuchung ergiebt Tuberculose.

Da die galvanocaustische Schlinge sich über das Ende des Tumors nicht hinaufschieben liess, wurde die äussere Parthie des Tumors stückweise abgetragen. Darauf fiel nach einigen Tagen der Tumor etwas vor und löste sich nach einigen Versuchen, ihn herabzuziehen, mit geringer Blutung von selbst ab. Derselbe hatte eine Länge von 4½ Ctm., eine Breite von 2 Ctm., eine Dicke von 1 Ctm. Der unversehrte Theil der Oberfläche war glatt, blassroth, mit zerstreut eingelagerten gelben Knötchen versehen. Die Insertions-Stelle war 1 Ctm. breit, vom Nasenboden streifenförmig längs des Randes des cartilaginösen Septums bis zum Nasenrücken verlaufend. Dieselbe wurde mit dem Galvanocauter geätzt und nachträglich mit 80procentiger Milchsäure-Lösung gepinselt. Nach mehreren Wochen Heilung. Dr. Jelinek.

Ueber einen congenitalen eigenartigen Verschluss der hinteren Choane. Von Dr. A. Onodi in Budapest. (Pester med. chirurg. Presse No. 29, 1889.)

Der Fall betraf einen 18jährigen Gymnasiasten, dessen rechte Nasenhöhle undurchgängig war. Es fand sich im mittleren Drittel der Nasenhöhle zwischen dem Septum und der unteren Muschel eine mit Schleimhaut bedeckte Adcretion, unter welcher man mit der Sonde an der Basis der Nasenhöhle durch die hintere Choane in den Nasenrachenraum gelangen konnte; gleichzeitig konnte man über derselben den oberen Theil der hinteren Choane passiren Bei der hinteren Rhinoscopie sah man an Stelle der r. Choane eine Vertiefung, die mit blasser Schleimhaut bedeckt war.

Die Verwachsung erwies sich als eine knöcherne. Dieselbe theils mit dem Galvanocauter, theils mit Stichsäge und Meissel beseitigt.

Dr. Jelinek.

Hochgradiges Stottern, Schwerhörigkeit, Kopfschmerzen mit Zerstreutheit, geheilt durch Zerstörung adenoider Vegetationen im Nasen-Rachen-Raume. Von Dr. Michael Braun in Triest. (Wien. klin. Wochenschrift No. 46, 1889.)

Ein 15jähriger Gymnasiast mit obigen Erscheinungen zeigte ausge-

Digitized by Google

breitete adenoide Vegetationen, die den ganzen Nasen-Rachen-Raum ausfüllten und beide Ostia pharyng. der Ohrtrompete vollständig verdeckten. In 22 galvanocaustischen Sitzungen hatte B. sämmtliche Wucherungen zerstört. Zunächst schwanden die Brustbeklemmungen und die Kopfschmerzen und damit kehrte das Vermögen, die Aufmerksamkeit auf einen Gedanken zu concentriren, zurück. Aber auch das hochgradige Stottern besserte sich allmählig und war nach einiger Zeit vollständig beseitigt. B. kann sich diesen ersteren Effect nicht erklären.

In Folge der durch Herstellung der Nasen-Athmung erleichterten Lautbildung unschwer zu begreifen (Ref.). Dr. Jelinek.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa. Von Dr. O. Chiari. (Wien. klin. Wochenschrift No. 43, 1889.)

Nachdem Ch. die Erscheinungen von 34 Fällen eigener Beobachtung mit Rücksicht auf die Erfahrung anderer Beobachter besprochen hat, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Die Angina phlegmonosa hat ihren Sitz selten in der Mandel und liefert dann meist kleine Abscesse, die an der Mandeloberfläche selbst durchbrechen oder leicht zu eröffnen sind.

2) Gewöhlich localisirt sich die Entzündung nach aussen und oben von der Mandel und drängt dieselbe nach innen und unten, den vorderen Gaumenbogen aber stark nach vorne in den Mund hinein.

3) Die meistens eintretende eitrige Schmelzung wird an dem begleitenden Oedeme des Zäpfchens und der Gaumenbogen, den heftigen stechenden, gegen das Ohr ausstrahlenden Schmerzen und der Fluctuation erkannt. In zweifelhaften Fällen versuche man eine Probepunction durch die Mitte des vorderen Gaumenbogens gerade nach hinten 2 Ctm. tief.

4) Der Einstich soll dem Rande des vorderen Gaumenbogens parallel gerade nach hinten gerichtet sein und kann 1 bis 2 Ctm. tief geführt werden.

5) Kann man Eiter nicht nachweisen, ist aber die Schwellung hochgradig, so steche man trotzdem in derselben Weise ein, um wenigstens das entzündete Gewebe zu entlasten.

6) In seltenen Fällen bricht der Eiter anderswo durch, deshalb sei jedesmal eine genaue Inspection des Mundes, Rachens und Nasen-Rachen-Raumes vorzunehmen. Dr. Jelinek.

Gichtische Angina. (On Gouty Sore Throat.) Von Harrison Allen, Philadelphia. (The Med. News, 16. Juni 1889.)

A. hat, entgegen den Ansichten von Schech, Lennox Browne u. A., eine Angina, welche mit Gicht zusammenhängt, constatiren können selbst da, wo die Erscheinungen der letzteren nicht gerade auf der Hand lagen. Beschreibung von 5 selbst beobachteten Fällen, bei denen sich Colchicum zuweilen als sehr wirksam erwies. W. Fr. (N.-Y.).

Digitized by Google

Ein Fall von Rachen-Diphtherie mit complicirtem Verlaufe. Von Dr. Johann Bókai in Budapest. (Pester med.-chirurg. Presse No. 31, 1889.)

Ein 8jähriger Knabe kam zur Spitals-Aufnahme, der Tags vorher an Halsschmerzen und Husten erkrankt war. Es wurde Rachen-Diphtherie und Kehlkopf-Croup constatirt. Da nach 2 Tagen hochgradige Dyspnoë eintrat, wurde der Knabe tracheotomirt. Während der Operation wurde eine dicke Membran expectorirt. Nach 4 Tagen war der Croup abgelaufen und die Canüle konnte entfernt werden. Nach weiteren 7 Tagen war die Wunde nahezu geschlossen, der Knabe noch etwas anämisch, doch in der Hustenthätigkeit keine Abnormität nachweisbar. 5 Tage darauf sinkt der im Bette sitzende Knabe plötzlich zurück, in den Extremitäten treten Convulsionen auf, nach deren kaum minutenlanger Dauer totale rechtsseitige Hemiplegie zu constatiren war. Das Bewusstsein nicht getrübt, doch vermag Pat. keinen Ton hervorzubringen.

Dieser Status hielt 4 Wochen lang an, blos die Ernährung nahm zu.

In den nächsten 2 Monaten bekam der Knabe 3mal eine pneumonische Infiltration des linken unteren Lungenlappens. Von der Zeit an blieb Pat. von weiteren Complicationen verschont und wurde mit gebesserter Aphasie und Parese entlassen.

B. erwähnt noch 4 andere Fälle, in denen 2 Wochen bis 3 Monate nach Beginn der diphtheritischen Erkrankung Facialis-Parese, Hemiplegie, Aphasie mit clonischen Krämpfen auftrat. Dr. Jelinek.

Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfes. (On the central motor innervation of the larynx.) Von DD. F. Semon und V. Horsley. (Brit. med. Journal, 21. December 1889.)

Verff. geben in dem Aufsatze eine vorläufige Mittheilung über die Ergebnisse der Versuche, welche sie in den Jahren 1886/87 gemacht haben. Die volle Rechenschaft werden sie im Jahre 1890 in London und Berlin geben.

1) Bei Affen, Hunden und Kaninchen findet sich dicht hinter dem unteren Ende der präcentralen Furche an der Basis der dritten Stirnwindung, bei Fleischfressern in dem präcrucialen und benachbarten Gyrus ein Reizcentrum für die beiderseitige Adductorenbewegung der Stimmbänder. Die Zusammenziehung der Verengerer dauert so lange, bis sie durch das Athembedürfniss überwunden wird.

2) Ein Centrum für die Abductorenbewegungen konnten Verff. in der Rinde nicht finden.

3) Wenn in der einen Seite das Centrum vollständig zerstört wurde, so konnten die Bewegungen von der anderen Seite aus ebenso gut ausgelöst werden, Lähmung der Stimmbänder wurde nach einseitiger Excision nicht beobachtet. Einseitige Reizung bewirkt also doppelseitige Zusammenziehung, z. B. im Laryngismus stridulus.

Eine centrale Erkrankung kann demnach keine einseitige Stimmbandlähmung hervorbringen. Motorische Aphasie ist nicht identisch mit Aphonie.

Lang fortgesetzte Reizung des Larynxcentrums erzeugt Epilepsie der Stimmbänder. Der epileptische Schrei kommt also nicht von der Medulla, sondern ist Rindenreizung.

Digitized by Google

Directe Reizung des Accessoriuskernes in der Medulla bringt Abduction der Stimmbänder hervor.

Es geht ferner daraus hervor, dass die Adduction eine willkürliche, die Abduction eine unwillkürliche, automatische Bewegung ist, ferner, dass die Neigung der Abductoren zu versagen bei organischen, die der Adductoren hei functionellen Erkrankungen vorhanden ist.

Dr. M. Schm.

Ueber Pachydermia laryngis. Aus der Wien. allg. Policlinik, Abtheilung des Prof. Schnitzler von Dr. L. Réthi. (Wien. klin. Wochenschr. No. 27, 1889.)

Der beschriebene Fall betrifft einen 43jährigen, immer gesund gewesenen Eisenbahn-Conducteur. Dieser wurde nach einer heftigen Erkältung fast aphonisch. Die Heiserkeit wurde nach mehreren Wochen nicht besser. Bei der laryngoscopischen Untersuchung fanden sich an beiden proc. vocal. bedeutende Verdickungen mit oberflächlichen Epithel-Abschilferungen, catarrhalische Schwellung und Röthung der Umgebung, Klaffen der Stimmbänder im interligamentösen Theile. Nach 5 Wochen schwanden (bei entsprechender Behandlung) die catarrhalischen Erscheinungen und nur an den proc. vocal. blieben umschriebene wulstförmige Verdickungen, die sich in der Farbe fast gar nicht von den grauröthlichen Stimmbändern unterschieden, und die Schliessung derselben bei der Phonation hinderten. Im Laufe mehrerer Monate wurde die Stimme allmählig reiner und man sah bei der Phonation, dass das linke Stimmband mit dem hinteren Ende sich unter das rechte schob, und später, dass die Stimmbänder durch Ineinandergreifen von Erhebungen und Vertiefungen an den Wülsten einander näher rückten und auch die Niveaudifferenz kleiner wurde.

Im weiteren Verlaufe bildete sich auf der Höhe der Wülste eine schalenförmige Vertiefung und der obere Rand der linken Mulde kam in die rechtsseitige Vertiefung zu liegen, so dass ein nahezu vollständiger Glottis-Verschluss zu Stande kam.

Dr. Jelinek.

Vollständiger narbiger Verschluss des Larynx; Heilung auf intralaryngealem Wege. Aus der laryngol. Clinik des Prof. Schrötter. Von Dr. G. Juffinger. (W. clin. Wochenschrift No. 44, 1889.)

Die 27jährige Pat. erkrankte vor $2^1/_2$ Jahren an Heiserkeit und Athembeschwerden. Tracheotomie in Graz, darauf Besserung. Verschlimmerung nach überstandener Variola. Laryngofissur in Pest ohne wesentlichen Erfolg; ebenso die Dilations-Versuche. Zur Zeit der Aufnahme in Wien war vollständige Undurchgängigkeit des Kehlkopfes vorhanden. Die Aryknorpel waren ganz an einander gerückt, die verdickten Taschenbänder berührten sich in der Mittellinie. Nachdem mehrfache Versuche, vom Munde oder der Tracheal-Wunde aus eine Communications-Oeffnung zu finden, erfolglos waren, wurde eine von Prof. Schrötter für den Larynx modificirte Middeldorpf'sche Explorativ-Harpune zwischen die Taschenbänder eingeführt und durch die Narbe gestossen. Sobald die Spitze in der Tracheal-Wunde erschien, wurde ein dünner Seidenfaden um die Harpune geschlungen, das Instrument mit dem Faden zurückgezogen und der Faden liegen gelassen. Am nächsten Tage wurde an das tracheale

Digitized by Google

Ende des Fadens ein dickerer angebunden, durchgezogen und wieder liegen gelassen. Am 3. Tage gelang es schon, eine dünne Darm-Saite durchzuführen. Dieser folgten stärkere, dann Bleidraht. Nach 10 Tagen konnte Zinnbolzen No. 1 durchgeführt werden und am 40. Tage No. 20. Nach Entfernung einer erbsengrossen Granulations-Geschwulst unterhalb der Taschenbänder zeigte sich eine weite starre Larynx-Lichtung, jedoch keine Spur von Stimmbändern. Nach einiger Zeit lernte Pat. das Selbsteinführen der Hartgummiröhren und konnte die Canüle immer geschlossen halten.

Allmählig verkleinerten sich die Taschenbänder und an Stelle der wahren Stimmbänder bildeten sich leistenartige Vorsprünge, die sich allmählig verbreiterten und die Form der wahren Stimmbänder annahmen. Das linke war sogar einigermassen beweglich. Stimme gut verständlich.

Bisher zeigt das Lumen des Larynx keine Tendenz zur Verkleinerung, obwohl Pat. das Rohr nur zweimal täglich für kurze Zeit einführt. Sie wurde mit der Weisung entlassen, diese Behandlung fortzusetzen und sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen. Dr. Jelinek.

Stenose des Larynx und der Trachea. (Sténose du larynx et de la trachée.) Von Dr. Seiler. (Société de laryngol. d'Amérique, Séance du mois de Septembre 1888 und Revue de laryngol. No. 5, 1889.)

Wegen Papillomen musste die Tracheotomie gemacht werden; die Stenose war später hervorgebracht durch narbiges Gewebe, welches sich in Folge der Heilung der durch Canülendruck hervorgebrachten Geschwüre gebildet hatte. Die Dilatation brachte Heilung. Dr. P. K.

Congenitaler Larynxtumor. (Tumeur congénitale du larynx.) Von Dr. Lennox Brown. (Société de médecine de Loudres, 11. März 1889 und Semaine médicale No. 11, 1889.)

Verf. legt das pathologische Präparat eines Larynx von einem 3jähr. Kinde vor, welches seit seiner Geburt einen Tumor am Larynxeingang hatte; es war papillomatöser Natur. Die Intubation bewirkte eine Blutung, welcher man gleich die Tracheotomie folgen lassen musste; dennoch erlag das Kind nach 3 Stunden. Bei der Section fand man, dass das Blut theils aus dem Tumor hervorquoll, theils aus den Lungen, deren Gewebe sich durch die rasche Dilatation gleich nach der Tracheotomie zerrissen hatten (!).

Der Fall ist insofern interessant, dass die Intubation und die Tracheotomie bei angeborenen Larynxtumoren nicht ohne Gefahr sind.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der medianen, im Thyreohyoidealraum gelegenen Dermoidcysten. (Contribution à l'étude des kystes dermoides médians du cou, situés dans l'espace thyrohyoidien.) Von Dr. Jaques Fauvel. (Thèse de Paris No. 241 und Revue mensuelle de laryng. No. 2, 1888.)

In der Höhe der dritten Bronchialspalte befinden sie sich immer; die Erblichkeit spielt darin eine gewisse Rolle. Verf. giebt die pathologisch-anatomischen, die klinischen und differential-diagnostischen Symptome nebst der Behandlung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Einige Beobachtungen über die Aetiologie und Therapie des Asthma's. (Some Observations on the Causation and Treatment of Asthma.) Von Beverley Robinson (N.-Y.) (The Med. News, 31. Aug. 1889.)

Verf. steht der intranasalen Therapie des Asthmas pessimistisch wie wenig andere Laryngologen gegenüber. Während er zugiebt, dass in sehr seltenen Fällen durch die Behandlung der Nase ein Erfolg erzielt wurde, warnt er davor, diese Therapie zu überschätzen. Und er glaubt sich dazu berechtigt, da er Fälle gesehen hat, wo gar keine Nasenerkrankung vorhanden war, und doch Asthma bestand und wiederum andere Fälle, wo trotz intranasaler Behandlung kein Erfolg erzielt wurde! Er citirt noch einige Fälle, die er durch Beseitigung eines bestehenden Malariafiebers curirte. W. F. (N.-Y.)

Ein Fall von Sarcom der Schilddrüse. (A Case of Sarcoma of the Thyreoid Gland.) Von J. Solis-Cohen, Philadelphia. (The N.-Y. Med. Journ., 10. August 1889.)

Ein etwa 45jähriger Mann kam mit Dyspnoë, rechtsseitiger Ptosis, welch' letztere vor 6 Jahren nach einem Erysipel entstanden war, contrahirter Pupille und abnormer Wärme und Schweissbildung der rechten Gesichtsseite zum Verfasser. Pat. hatte einige Erstickungsanfälle gehabt und es fand sich ein knotenförmiger Tumor der Thyreoidea, stärker rechts, mit Affection der benachbarten Drüsen. Rechtes Stimmband unbeweglich in der Medianlinie, die Bewegung des anderen Stimmbandes schwach, aber ausreichend für Respiration und Phonation. — Einreibungen mit rother Quecksilbersalbe und Arsen innerlich verminderten den Tumor merklich. Bald darauf traten Nachts Erstickungsanfälle auf und Cohen sah jetzt zum ersten Male clonische Zuckungen des linken Stimmbandes, welche er einer Reflexirritation, verursacht durch Zug auf den rechten Vagus zuschreibt. Tracheotomie ohne Narcose, alarmirende Blutung. Der exponirte Theil der durchschnittenen Schilddrüse wurde mit Kal. chloric. bestreut, in Folge dessen (? Ref.) die Drüse bedeutend abschwoll. Sehr bald traten auch tonische Spasmen des linken Stimmbandes hinzu, welche Verf. nicht einer Paralyse des Crico-arytaenoideus post. zuschreibt, 1) wegen der Gespanntheit der Stimmbänder und 2) wegen der Vorwärtslagerung der Aryknorpel.

Wohlbefinden im nächsten Jahre — Stimmbänder „luftdicht geschlossen". Dann traten wieder höchst alarmirende Blutungen auf. Cauterisation. Darauf Attaquen von starker Dyspnoë, Cyanose des Gesichts und Bewusstlosigkeit. Dieselben wurden stets beseitigt, wenn man die Schleimhaut der Trachea kitzelte, so dass Pat. beständig darum bat. Am 4. Tage nach der letzten Cauterisation Exitus letalis — keine Autopsie. W. Fr. (N.-Y.).

Ueber septisches Oedem der oberen Luftwege. (An Oedematous Form of Disease, or Septic Oedema of The Upper Air-Passages.) Von W. C. Glasgow (St. Louis). (N.-Y. Med. Journ., 10. Aug. 1889.)

In ähnlicher Weise wie Seiler beschreibt G. diese neue Krankheitsform, die er zu derselben Zeit in St. Louis, Mo., constatiren konnte, wie Seiler in Philadelphia. Der interessant geschriebene Artikel ist im Original nachzulesen. W. F. (N.-Y.)

Digitized by Google

Speiseröhren-Verengerung und Tuberculose. (Rétrécissement de l'oesophage et tuberculose.). Von Dr. Tissier. (Annales des maladies, de l'oreille etc.)

Das häufige Vorkommen der Tuberculose mit Oesophagusverengerungen war schon längst bekannt (Béhier, Peter, Lebert); es ist entweder Oesophaguskrebs oder selbst Oesophagustuberculose. Verf. theilt seine Arbeit in zwei Theile: 1) Speiseröhrenverengerungen, welche die Tuberculose als directe Ursache haben: selten vorkommend, kann sie alle Theile des Oesophagus befallen; Lungentuberculose ist kein diagnostisches Hilfsmittel, weil sie oft bei Krebs vorkommt; frühzeitiges Blutbrechen, phthisisches, nicht krebsartiges Aussehen, alte Lungentuberculose, Fehlen der Ganglienschwellung, microscopische Untersuchung helfen zur Diagnose. 2) Speiseröhrenverengerungen, welche die Tuberculose als entfernte Ursache haben: sie kommen durch Contiguität oder durch Compression zu Stande und sind durch die sie begleitenden anderweitigen Symptome leicht von Krebs zu unterscheiden. Oft sieht man carcinomatöse Oesophagusverengerungen bei bestehender oder abgelaufener Tuberculose, entgegengesetzt der Theorie des Antagonismus von Carcinom und Tuberculose, wie selbe zur Zeit von der Wiener Schule vertreten wurde; Lebert fand bei seinen Statistiken, dass im Gegentheil die Tuberculose bei bestehendem Oesophaguscarcinom relativ häufig sei. Hardy und Peter wollen die Ursache der häufigen Entwickelung der Tuberculose bei bestehendem Oesophaguskrebs in dem mechanischen Hinderniss, welches die Ernährung erleidet, gefunden haben; demnach wäre nicht das Carcinom als solches, sondern die Verengerung, einerlei, aus welcher Ursache sie besteht, die Ursache der Entwickelung der Tuberculose. Das seltene Vorkommen der Tuberculose mit Carcinom der Brustdrüse oder des Uterus spricht für letztere Annahme; die Statistiken sprechen offenbar dafür. Dr. P. K.

Aphasie im zweiten Stadium der Syphilis. (Aphasie dans la seconde période de la syphilis.) Von Dr. John S. Wilson. (The med. Record, August 1888 und Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer.)

Eine 38jährige Frau, an secundärer Hautsyphilis leidend, wurde plötzlich, nachdem sie etwa 14 Tage lang über heftige, umschriebene und sich meist Nachts vermehrende Kopfschmerzen geklagt, von Aphasie befallen; daneben wurden Verminderung der Sensibilität und des Reflexes des rechten Armes, Parese desselben und der rechten Gesichtshälfte, erweiterte, jedoch gut reagirende Pupillen gefunden. Heilung nach Verlauf von 3 Monaten. Verf. bespricht die möglichen Ursachen dieser in einem so frühen Stadium der Syphilis auftretenden Aphasie. Dr. P. K.

X. internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.

In Verbindung mit dem X. internationalen medicinischen Congress, welcher vom 4. bis 9. August dieses Jahres in Berlin tagen wird, soll eine internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung stattfinden. Von den Vertretern der medicinischen Facultäten und der grösseren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches ist ein Organisations-Comité, bestehend aus den Doctoren Virchow, v. Bergmann,

Digitized by Google

Leyden, Waldeyer und Lassar, mit dem Auftrage betraut worden, die Vorbereitungen für diese Ausstellung zu treffen. Auch haben sich in den Herren Commerzienrath Dörffel, H. Haensch, Director J. F. Holtz, Director L. Loewenherz und H. Windler technische Autoritäten zur Mitarbeit bereit gefunden. Die sehr grossen Schwierigkeiten, welche die Beschaffung geeigneter Räumlichkeiten gemacht hat, sind erst jetzt gehoben worden und es wird nunmehr zur Beschickung der Ausstellung eingeladen. Wir heben zunächst hervor, dass der Character derselben, der Gelegenheit und dem zur Verfügung stehenden Raume entsprechend, ein ausschliesslich wissenschaftlicher sein wird.

Folgende Gegenstände sollen, soweit der Platz reicht, zur Ausstellung gelangen: Neue oder wesentlich verbesserte wissenschaftliche Instrumente und Apparate für biologische und speciell medicinische Zwecke, einschliesslich der Apparate für Photographie und Spectralanalyse, soweit sie medicinischen Zwecken dienen — neue pharmacologisch-chemische Stoffe und Präparate — neueste pharmaceutische Stoffe und Präparate — neueste Nährpräparate — neue oder besonders vervollkommnete Instrumente zu operativen Zwecken der inneren und äusseren Medicin und der sich anschliessenden Specialfächer, einschliesslich der Electrotherapie — neue Pläne und Modelle von Krankenhäusern, Reconvalescentenhäusern, Desinfections- und allgemeinen Badeanstalten — neue Einrichtungen für Krankenpflege, einschliesslich der Transportmittel und Bäder für Kranke, — neueste Apparate zu hygienischen Zwecken.

Alle Anmeldungen oder Anfragen sind an das Bureau des Congresses (Dr. Lassar, Berlin NW., Carlstrasse 19) mit dem Vermerk „Ausstellungsangelegenheit“ zu richten.

INHALT.

I. Originalien: Baumgarten: Vortheile und Nachtheile der Cocainbehandlung des Ohres. — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst“) an der äusseren Nasenwand. (Fortsetzung.) — Hansberg: Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Patrzek: Otitis media als Folgekrankheit der Influenza. — Orlow: Ueber Trepanation des Schläfenbeins bei Thrombose des Sinus transversus. — Hoffmann: Zur Pathogenese der nach Entzündungen des Gehörorgans auftretenden Erkrankungen des Schädelinnern. — Küster: Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen. — b) Rhinologische: Neumann: Kann Flüssigkeit beim Ausspülen der Nase auch in deren Nebenhöhlen gerathen? — Baumgarten: Einige Fälle von Störungen des Geruches und Geschmackes. — Juffinger: Ein Fall von tuberculösem Tumor der Nasenschleimhaut. — Onodi: Ueber einen congenitalen eigenartigen Verschluss der hinteren Choane. — Braun: Hochgradiges Stottern, Schwerhörigkeit, Kopfschmerzen mit Zerstreutheit, geheilt durch Zerstörung adenoider Vegetationen im Nasenrachenraume. — c) Pharyngo-laryngologische: Chiari: Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa. — Allen: Gichtische Angina. — Bókai: Rachendiphtherie mit complicirtem Verlaufe. — Semon und Horsley: Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfes. — Réthi: Pachydermia laryngis. — Juffinger: Vollständiger narbiger Verschluss des Larynx. — Seiler: Stenose des Larynx und der Trachea. — Brown: Congenitaler Larynxtumor. — Fauvel: Beitrag zur Lehre der medianen, im Thyreohyoidealraum gelegenen Dermoidcysten. — Robinson: Einige Beobachtungen über die Aetiologie und Therapie des Asthma's. — Solis-Cohen: Sarcom der Schilddrüse. — Glasgow: Septisches Oedem der oberen Luftwege. — Tissier: Speiseröhren-Verengerung und Tuberculose. — Wilson: Aphasie im zweiten Stadium der Syphilis. — X. internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, März 1890.** **No. 3.**

I. Originalien.

Resorcin in Verbindung mit Cocain bei Ohrenkrankheiten.

Von

Stanislaus von Stein in Moskau.

Andeer[1]) (1877) gebührt das Verdienst, die therapeutische Anwendung des Resorcins, welches von Hlasiwetz und Barth im Jahre 1864 entdeckt wurde, näher studirt zu haben.

[1]) Andeer: Schweizer naturw. Gesellsch. (14. August 1877, Jahresbericht, pag. 148, 323); — Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. II, pag. 297, 1880 (bei Magenkrankheiten); — Centralblatt f. d. med. Wissenschaften No. 27, pag. 497, 1880 (Ueber das Resorcin); — Ibidem No. 36, pag. 657, 1881 (Ueber die therapeutische Verwendung des Resorcins); — Ibidem No. 43, pag. 769 (Weitere Erfahrungen über die therapeutische Verwendung des Resorcins); — Ibidem No. 51, pag. 913 (I. Ueber die Ausscheidung von Resorcin und über das Resorcinblau. II. Resorcin-Catgut); — Ibidem No. 20, pag. 355 (Resorcin bei Diphtheritis); — Ibidem No. 8, pag. 116, 1884 (Das Resorcin in Kehlkopfleiden); — Ibidem No. 12 (Das Resorcinderivat: Phloroglucin); — Ibidem No. 33, pag. 579 (Das Resorcinderivat: Phloroglucin); — Ibidem No. 42 (Ueber Resorcingelb); — Ibidem No. 51, pag. 913 (Der Hauptsitz der aromatischen Verbindungen, speciell des Resorcins, im Säugethierkörper); — Ibidem No. 1, pag. 256, 1885 (Ichthyosis); — Wiener medicin. Presse No. 6, 1884 (Das Resorcin in seiner Anwendung bei Krankheiten der Schleimhäute).

Digitized by Google

Das Resorcin ist eine Meta-Verbindung der Dihydroxylbezolgruppe $C_6H_4(OH)_2$, nämlich: das Metadihydroxylbenzol (1.3).

Verhalten der Eiweisstoffe gegen das Resorcin. Durch das Resorcin werden die Eiweissstoffe und das Alkalialbuminat gefällt; für die letztere Verbindung ist es ein sehr empfindliches Reagens. In Folge dieser Eigenschaften wirkt das Resorcin in Substanz als ein mildes, schmerzloses Causticum, wodurch es dem Höllenstein überlegen ist, und in schwächeren Lösungen als Adstringens, indem es keine schwere und compacte Eiweissniederschläge bildet.

Verhalten der Microorganismen gegen Resorcin. In der Reihe der Dihydroxylbenzolen nimmt das Resorcin in Hinsicht auf seine antiseptischen und antifermentativen Eigenschaften die 3. Stelle ein (Brieger). 1procentige Lösung von Brenzcatechin (Orthodihydroxylbenzol, 1.2), Hydrochinon (Paradihydroxylbenzol, 1.4) und Resorcin sistiren die Alcoholgährung; 1procentige Lösung der zwei ersteren Stoffe verhindern die Eiweissfäulniss; schwächer wirkt in dieser Hinsicht das Resorcin, welches in $^1/_2$procentiger Lösung nicht Buttersäuregährung sistirt. Alle drei Körper haben in concentrirter Lösung keine ätzenden Eigenschaften, wie das Phenol. Hydrochinon entwickelt in frischen Lösungen (1—2 pCt.) eine sehr starke antifermentative Wirkung; sobald aber eine Bräunung eintritt, was sehr leicht geschieht, nimmt das Hydrochinon caustische Eigenschaften an. Brenzcatechin ist giftiger als Hydrochinon, das letztere giftiger als Resorcin.

Nach Dujardin-Beaumetz und Callias wird durch 2procentige Resorcinlösung Milchsäuregährung vollkommen sistirt, 0,5procentige Lösung verzögert die Fäulniss von Milz-Pancreas und Hirnstücken[2]).

Verhalten der Schleimhäute, der Haut, der Gefässe und Nerven gegen Resorcin. Besonders tolerant erweist sich die Blasenschleimhaut, selbst nach Injection von 5procentiger wässriger Lösung beobachtet man keine Reaction. Aehnlich verhält sich die Schleimhaut des Antri Highmori, Sinus frontalis, oesophagi, vaginae, urethrae und des Nasenrachenraumes. Besonders empfindlich ist die Uterin- und Darmschleimhaut (Andeer). Die aufgelockerte Paukenschleimhaut ist recht tolerant.

Indem ich mit Stillschweigen[3]) die mannigfaltigsten Erkrankungen, bei denen das Resorcin mit mehr oder weniger günstigem Erfolge in Anwendung kam, übergehe, erwähne ich nur der ulcerativen Processe. In ein paar Tagen, wie ich mich selbst viele Male überzeugt habe, heilt die ihres Epithels beraubte Schleimhaut ohne Narbenbildung. Die tuberculösen Ulcerationen werden reiner, die syphilitischen vernarben sehr schnell durch glatte Narben. Nicht einmal hatte ich Gelegenheit, zu beobachten, wie sich bei mehrwöchentlicher Aetzung mit Resorcin in Substanz 5—6 Mmtr. grosse Perforationen im weichen Gaumen bei Lues schlossen. Dasselbe beobachtet man auch auf der Haut. Dieses Alles

[2]) Archiv f. Anat. u. Phys., 1879, pag. 61; — Ref. Centralbl. f. d. medic. Wissensch. No. 16, 1880, pag. 303; — Rossbach's Handb. d. Arzneim., 1880, pag. 428; und Husemann, Handb. d. gesammt. Arzneim., 1883, pag. 302.

[3]) Andeer: Gingivitis blennorrhoica, rhagades linguae, epitheliale Wucherungen, Diphtheritis, Aphonie, verschiedene Catarrhe, Verbrennungen, Stomatitis, Aginae etc. etc.

Digitized by Google

beweist nur eines, dass das Resorcin in höherem Maasse als alle anderen, bis jetzt bekannten ätzenden und antiseptischen Mittel, die Regeneration des Epithels befördert.

Unna[4]) zählt das Resorcin zu den chemischen Producten, welche den Sauerstoff der Gewebe absorbiren, also zu den reducirenden Mitteln (wie Schwefelwasserstoff, Pyrogallol, Chrysarobin, Ichthyol), die in Folge dessen eine antiparasitäre Wirkung äussern. Schwache Lösungen verursachen eine Bräunung der Haut mit Verdickung und Keratinisation der Epidermis, wobei eine dauerhafte Contraction und Verkürzung der Blutgefässe eintritt. Ausserdem wirkt es auf das peripherische Nervensystem wie ein schmerzlinderndes Mittel. Resorcin wird von allen Schleimhäuten, aber nicht von der Hautoberfläche resorbirt (Andeer).

Die obenangeführten Eigenschaften des Resorcins sind für die Otiatrie unschätzbar.

De Rossi[5]) (1884) war der Erste, welcher das Resorcin, und dabei mit handgreiflichen Resultaten, ausschliesslich bei Otitis media purul. chron. anwandte: 200 Leidende wurden von ihrem Ohrenflusse befreit. In einigen Fällen erzielte man Heilung nach 5—6maliger Application. Dabei wurde das Mittel per se oder in 4procentiger Wasser- oder Weingeistlösung angewandt. De Rossi beobachtete nie Vergiftungserscheinungen. Nur ein einziges Mal sah er in einem Falle eine Irritation des Zahnfleisches und in einem anderen Erbrechen. Auch in seinen folgenden Arbeiten bestätigt De Rossi die günstige Wirkung des Resorcins bei chronischen Mittelohrentzündungen. Bald darauf redeten Masini[6]) (1883), Fereri (1886) und Cozzolino[7]) (1887) dem Resorcin das Wort.

Andererseits spricht Schwabach[8]) (1882) sein Bedauern darüber aus, dass er mit 4procentiger Resorcinlösung in seinen noch nicht sehr zahlreichen Fällen kein so glänzendes Resultat wie De Rossi notiren könne und schliesslich zur Borsäure oder anderen caustischen Mitteln seine Zuflucht nehmen musste.

---

[4]) Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reducirender Heilmittel. (Monatsschr. f. pract. Dermat., 1886. Ergänzungsheft II.)

[5]) Ueber die Anwendung des Resorcin bei Ohrenkrankheiten. (Vorläufige Mittheilung. Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. X, 30. Juli 1881, pag. 235.) — De Rossi: Zwölfter statistisch-klinischer Jahresbericht für das Schuljahr 1882/83. Roma. In diesem Jahresberichte theilt De Rossi mit, dass bei acuten eitrigen Mittelohrprocessen Borsäure, bei chronischen aber das Resorcin (in alcoholischer Lösung oder in Substanz) und die caustische Behandlungsmethode sehr günstig wirken. — De Rossi: Anno di insegnamento di otojatria, 1886; — Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. XVI, 1886. Bei Kindern mit mucöser Secretion und Hyperaemie wirken Calomel, Höllenstein und dann besonders Resorcin in alcoholischer Lösung am günstigsten. Fereri ist derselben Meinung.

[6]) Masini: Sull' uso della resorcina nelle malattie delle orrechie. Imparziale. Lo Sperimentale. 1883. Des Resorcins antiseptische Eigenschaften schätzt er höher als diejenigen der Borsäure. Er benutzte zu Injectionen 2—5proctge. Lösungen, 4proctge. Lösungen äussern eine adstringirende, die 5—6proctge. aber schon eine caustische Wirkung.

[7]) Cozzolino: Lezioni sulle malattie dell' orrechio. Napoli. 1887. Erhielt mit Resorcin bei Mittelohreiterungen günstige Resultate.

[8]) Schwabach: Otorrhoe. (Eulenburg's Real-Encyclopaedie Band X, pag. 266, 1882.)

Digitized by Google

Aus Eitelberg's[9]) (1882) Statistik ersieht man, dass aus 15 Fällen von Otorrhoea 5 in 5—46 Tagen durch Resorcin geheilt wurden.

Aus dem Obenangeführten ersieht man, dass die therapeutische Wirkung des Resorcins bei Ohrenleiden noch nicht ganz festgestellt ist.

Es giebt mehrere Ohrenleiden ohne Trommelfellperforation, wo man sich ganz exspectativ verhält, da jeder active Eingriff oft nur eine Verschlimmerung verursacht. In diesen Fällen setzt der Arzt, die Hände in den Schooss legend, seine ganze Hoffnung auf den Naturheilungsprocess oder nimmt seine Zuflucht zur Luftdouche, mit welcher man nicht immer das gewünschte Resultat erreicht.

In Folge dessen habe ich mich bemüht, das Ziel auf eine andere Weise zu erreichen, und nämlich durch systematisches Einbringen von Medicamenten in den äusseren Gehörgang. Die erste Bedingung, welche man dabei erfüllen musste, bestand im Auffinden eines Mittels, das bei Instillationen in den äusseren Gehörgang keine Maceration und Abschilferung der Epidermis bewirken möchte und auf diese Weise die Entblössung der tieferliegenden Trommelfellschichten hintenan hielte. Um der Lösung dieser Frage näher zu treten, unternahm ich eine Reihe von Experimenten. Die physiologische Lösung von Kochsalz (0,75 pCt.) bedingt beim öfteren Einträufeln mit darauf folgender Austrocknung eine Offuscation des Trommelfells. Ausserdem hat diese Lösung noch eine andere nachtheilige Eigenschaft: sie tödtet nicht nur die Microorganismen nicht, sondern schafft ihnen noch einen besseren Nährboden. Aus denselben Gründen sind auch die schwächeren Alkalilösungen zu vermeiden. Auch die Zink-, Blei-, Quecksilber- und Silbersalze bedingen bald eine milchige Trübung des Trommelfells. Ihre nachtheilige Wirkung manifestirt sich besonders prägnant bei acuten Processen. Was die Borsäure anbetrifft, so erweist es sich nach Bing's[10]) Beobachtungen, dass sie bei Weitem kein indifferentes Mittel ist. Bing ist zum Schlusse gekommen (darin habe ich mich selbst überzeugen können), dass die Borsäure dort indicirt ist, wo man es mit einer acuten und chronischen Mittelohrentzündung mit Substanzverlust im Trommelfell und Otorrhoe zu thun hat. „Von Borlösungen, soviel und verschieden ich sie noch von Anderen angewendet sah, merkte ich (Bing) wenigstens bei Mittelohr-Affectionen mit Perforation des Trommelfells fast nie einen Erfolg, vielmehr stärkere Reizung, weshalb ich Borlösungen gar nie gebrauchen lasse." Gegen die Borsäure per se verhält sich indolent blos die erkrankte Paukenschleimhaut, allein die normale reagirt selbst gegen indifferente Stoffe.

Alcohol und Glycerin, besonders mit Wasser verdünnt, äussern noch eine nachtheiligere Wirkung auf das intacte Trommelfell. Aether und balsamische Oele reizen das Trommelfell. Die Fette verhalten sich indifferenter, aber bei ihrer Application ist es schwer, den äusseren Gehörgang ganz rein zu halten. Lanolin, ungeachtet seiner antiseptischen Eigenschaften[11]), ist zu dickflüssig und anwendbar nur im Gehörgange.

Nach mehreren anderen Experimenten (mit Carbolsäure, Thymol etc.)

[9]) Eitelberg: Zur Behandlung der chronischen Otorrhoe. (Wiener med. Presse, 1882. — Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. 19, pag. 198.)

[10]) Bing: Ueber die Anwendung der Borsäure bei Ohrenkrankheiten. (Centralblatt f. d. gesammte Therapie, pag. 337, August 1885.)

[11]) Gottstein. (Berliner klin. Wochenschrift, 1887.)

Digitized by Google

richtete ich endlich meine Aufmerksamkeit auf das Resorcin. Und wirklich, ich war in meinen Hoffnungen nicht getäuscht. Seine vorzügliche Eigenschaft, in schwachen Lösungen die Regeneration des Epithels zu befördern, ohne dasselbe zu maceriren, entspricht den gesuchten Bedingungen; ausserdem muss man seine antiseptischen Eigenschaften, seine schwach analgesirende und das Volumen der Blutgefässe contrahirende Wirkung nicht aus dem Auge verlieren. Auf diese Weise haben wir im Resorcin ein mildes antiphlogistisches Mittel. 1procentige Lösung, eingegossen täglich mehrere Male für 10—15 Minuten in den äusseren Gehörgang mit nachfolgendem Austrocknen, bewirkt keine Trübung des normal aussehenden Trommelfells oder Schwinden des Lichtkegels. Ein pathologisch getrübtes Trommelfell bekommt in nicht zu alten Fällen sein normales Aussehen. Die Erfahrung hat mich gelehrt, dass das Resorcin allein nur eine oberflächliche Wirkung, und dabei recht langsam, entfaltet. Um die Contraction der tiefer liegenden Blutgefässe zu erzielen, verbinde ich Resorcin mit salzsaurem Cocain, welches auch zugleich ein schmerzlinderndes[12]) und die Secretion verminderndes Mittel

[12]) Literaturangaben. Weber-Liel. Cocain in der Ohrenpraxis. (Monatsschrift f. Ohrenheilk., October 1884.) 5—20procentige wässerige oder alcoholische Lösung zum Anaesthesiren des Trommelfells und des äusseren Gehörganges. Cocain-Solutionen-Injectionen in die Paukenhöhle per tubam vor der Tenotomie des Tensoris tympani. — Zaufal. Verwendung des Cocain in der Ohrenheilkunde. (Prager med. Wochenschr. No. 47, 1884. Vortrag vom 14. November 1884 im Verein Deutscher Aerzte in Prag. l. c.) Einträufelung 3 Tropfen 2procentiger Lösung anaesthesirte das Trommelfell nach 27 Minuten. 4 Tropfen in's rechte Ohr einer Patientin mit subjectiven Geräuschen ex anaemia geträufelt, ergaben nach 5 Minuten Klingen bald in dem einen, bald in dem anderen Ohr, nach 20 Minuten Herabsetzung der Empfindlichkeit des Trommelfelles in seiner vorderen Hälfte. Diesen Versuchen mit positiven Resultaten stehen eben so viele mit negativen gegenüber. Hyperaemie wird vermindert. 2procentige Lösung erzielt bei perforirtem Trommelfelle eine völlige Herabsetzung der Empfindlichkeit der Paukenschleimhaut. — St. von Stein. Das Cocain bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Gelesen in der Gesellschaft der Russischen Aerzte in Moskau am 23./5. November 1884. Deutsche medicin. Wochenschr. No. 9, 1885.) Nach 1—5 pCt. wird das Trommelfell höchst anaemisch und durchsichtig, so dass das Promontorium gut durchschimmert. Der Lichtreflex geht nicht verloren. Das Gehör wird nicht merklich alterirt. Benimmt Ohrenschmerzen, rheumatische und entzündliche. Abnahme der Hyperaemie mit Schärferwerden der Grenzen des Hammers. Beim Beobachten der verdickten, sammetartig aufgewulsteten Schleimhaut durch eine Perforationsöffnung sieht man, wie dieselbe anaemisch wird uud leicht einschrumpft. Demnach scheint es, dass das Cocain die Eiterabsonderung in Fällen von uncomplicirten Paukenhöhlencatarrhen verringert. — Moure et Baratoux. De l'emploi de chlorhydrate de cocaine comme anesthésique de la muqueuse du pharynx, du larynx, du nez et dans le traitement des affections des ces organes et de l'oreille. (Revue mens. de laryng., d'otologie etc. No. 12, 1884. l. c. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd XIV.) Als Anaestheticum 10procentig, als Analgeticum bei Ohrentzündungen. Nach Cocain bei Sondenberührung des Trommelfells keine Gefässinjection. In 2 Fällen von langdauernder Otorrhoe, die der gewöhnlichen Behandlung Widerstand leisteten, wurde Verminderung der Secretion erzielt. — Weber-Liel. Bemerkungen zu Zaufal's Beobachtungen. (Monatsschr. f. Ohrenheilk., Januar, No. 1, pag. 11.) Zaufal's Erfahrungen werden bestätigt. Bei Otitis furunculosa eine Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit mit starken Spiritus-Cocain-Ohrbädern (5 bis 10 bis

Digitized by Google

(Eiterabsonderung) ist. Es war noch ein anderer Umstand, der mich bewog, das Resorcin mit Cocain, welches in wässerigen Lösungen bei öfterer Instillation in den äusseren Gehörgang das Trommelfellepithel macerirt und wenig antiseptisch ist, zu verbinden.

---

15 pCt. in Spirit. v. rectificatissimus). „Das aber scheint zunächst weiter geprüft werden zu müssen, ob die Cocainapplication nicht die schnelle Wundheilung beeinträchtige und nicht in der That einen dauernd ungünstigen Einfluss auf von gewissen Krankheits-Processen abhängige Ohrgeräusche äussere?“ — Kirchner (Würzburg). Ueber Cocainwirkung bei Operationen am Trommelfell. (Deutsche medicin. Wochenschr. No. 4, 1885. — l. c. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XVI.) 10—20procentig bei operativen Eingriffen. — E. Zaufal. Weitere Mittheilungen über die Anwendung des Cocains in der Rhino- und Ototherapie. (Prager med. Wochenschr. No. 7, 1885. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XV.) Keine besonders eclatante und zweifellose anaesthesirende Wirkung auf die Cutis des äusseren Gehörganges. Zur Herbeiführung von Analgesie in 5 Fällen Ot. med. ac., bei acuter Myringitis und bei Furunkeln. — J. Baratoux et E. J. Moure. De la cocaine. (l. c. Zeitschr. f. Ohrenheilk.) Bei Einblasung einer 5—10procentigen Lösung durch die Tuba und gleichzeitiger Instillation in den äusseren Gehörgang konnte man nach einigen Minuten das Trommelfell schmerzlos paracentesiren. Bei Otitis acuta zu Analgesie (10—20procentig). Bei Nasen- und Ohrencatarrh mit Hypersecretion beobachtete man Verminderung derselben (1procentig). — C. H. Burnett. Die locale Anwendung von Cocain und Brucin bei Ohrenkrankheiten. (Trans amer. otol. Soc. — l. c. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XVI.) Cocain. sulfur. hat keinen Werth als Analgeticum. Coc. mur. einigermaassen wirksam nur bei oberflächlicher Congestion dünner Gewebe. — Hoet. (Trans. amer. otol. Soc., 1885. l. c.) Zur Verminderung der Schmerzen bei Ot. med. acut. — F. Kretschmann. Zur Wirkung des Cocain. (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXII, 12. August 1885, pag. 243.) „Bei Operation am Trommelfell ist die anaesthesirende Wirkung des Cocain unsicher (5procentig). Bei Operationen an der Paukenschleimhaut wirkt Cocain schmerzstillend,“ nicht so dort, wo der Eingriff den Knochen betrifft. — A. G. Hobbs. Cocain in der Ohrenheilkunde. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XV, 30. März 1886, pag. 306.) Ohrenschmerzen bei acuten Mittelohrentzündungen werden durch Anwendung des Cocains „nicht durch den äusseren Gehörgang, sondern durch die Tube“ beseitigt. Erst wurden 2 Tropfen von einer 2procentigen Lösung in die Paukenhöhle geblasen. Als aber die Schmerzen in ca. 2 Stunden zurückkehrten, da wurden 2 Tropfen einer 4procentigen Lösung eingeblasen, worauf für 8 Stunden Erleichterung erreicht wurde. Ein Sausen, das 6 Monate dauerte, wurde ebenfalls beseitigt. — S. S. Bischop. Cocain und andere schmerzstillende Mittel in der Ohrenheilkunde. (Journ. amer. med. Assoc., 20. Februar 1886. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XVI.) Bei einer Ot. med. acut. mit unversehrtem Trommelfelle wurden die Schmerzen durch eine 4procentige Lösung, welche 5 Minuten im äusseren Gehörgang liegen blieb, unterdrückt. — Ad. Barth. Zur Anaesthesie bei kleineren chirurgischen Eingriffen. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XIX, pag. 231, Januar 1889.) B. äussert sich über Cocain bei Ohrenleiden folgendermaassen: „Findet nun das Cocain in unseren nächsten Nachbargebieten die ausgedehnteste Verwendung, so ist in der Ohrenheilkunde seine Anwendung leider eine sehr beschränkte, denn wir mussten die Erfahrung machen, dass es ausser auf Schleimhaut nur auf von Epidermis entblössten Stellen seine Wirkung mit Sicherheit entfaltet.“ — Kiesselbach. Ueber die Wirkung von Cocainum muriaticum auf das Ohr. (Vorläufige Mittheilung. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 9, pag. 194, 1889.) Einspritzungen per tubam 4—10procentiger Cocainlösung (5—10 Tropfen) in Zwischenräumen von 3—5 Tagen. In vielen Fällen trat Schwindel auf, manchmal mit Erbrechen, ¼—½ Stunde nach der Application. Anfangs werden die Geräusche stärker, 1—2 Tage lang. In frischen Fällen hören pulsirende

Digitized by Google

Nämlich, Dr. C. Adelheim[13]), Augenarzt (1884) hat zuerst folgende hochinteressante und wichtige Beobachtung gemacht: das Cocainum muriaticum befördert in hohem Maasse die Resorption pathologischer Exsudate. Er hat beobachtet, dass pathologische Producte aus der vorderen Augenkammer sowie aus dem Gewebe des Conjunctivalsacks unter dem Einflusse des Cocains viel schneller als gewöhnlich resorbirt werden. Zur Bestätigung seiner Beobachtungen führt er folgende Fälle an:

1) Zwei Fälle von absolutem Glaucom, wo ein starker Bluterguss in die vordere Augenkammer erfolgte. In beiden Fällen trat eine vollständige Resorption des Blutes nach 3—4maliger Instillation einer 5 proctgn. Lösung in den Bindehautsack ein.

2) Ein Fall von Iridectomie an beiden Augen gegen Glaucom, wo im linken, zuerst operirten Auge nach dem Abschneiden der Iris ein grosser Bluterguss in die vordere Kammer erfolgte. Die Resorption des Blutes begann fast sogleich nach der Operation und es blieb keine Spur vom Blute nach Verlauf von 5 Minuten, während welcher am anderen Auge die Iridectomie ausgeführt wurde. Beide Augen waren vor der Operation mit 5procentiger Cocainlösung anaesthesirt.

3) Bei einem 12jährigen Knaben, der nach zwei Recurrensanfällen an einer Irido-Cyclitis mit Hypopyon erkrankte, verschwand das Hypopyon nach einmaliger Instillation des Cocains.

4) Dieselbe Wirkung des Cocains wurde in einem Falle von Irido-Cyclitis nach Staarextraction beobachtet, wo nach Anwendung des Cocains die pathologischen Producte aus der vorderen Kammer bald verschwanden.

5) Ein Fall von Hypopyon-keratitis, wo nach Cocain das Hypopyon bald resorbirt wurde, obgleich das Hornhautgeschwür an Grösse zunahm.

6) Einem Kaninchen wurden mittelst einer Pravaz-Spritze nach Entfernung des Humor aquaeus in die vordere Kammer jedes Auges je zwei Tropfen defibrinirten Froschblutes injicirt. Das eine Auge wurde cocainisirt, das andere aber nicht. Im ersten blieb nach Verlauf von 5 Stunden keine Spur des injicirten Blutes zurück, wogegen im zweiten Spuren des Blutes noch am zweiten Tage nachgewiesen werden konnten.

7) Bei Bindehautentzündungen mit bedeutenden Blutergüssen in's Gewebe der Conjunctiva Bulbi verschwanden die Extravasate bei Cocaineinträufeln sehr schnell. In der grössten Mehrzahl der Fälle blieben am anderen Tage keine Spuren derselben nach.

8) Die Thränenabsonderung soll durch Cocain herabgesetzt werden.

(Schluss folgt.)

Geräusche, Sausen, Brummen, Pfeifen oder Klingen auf; am hartnäckigsten das Geräusch in Form von Kochen, Sieden oder Zischen. Injectionen dienen auch zur Bekämpfung des Schwindels. — Auch Dr. Wiethe (Wien) beobachtete Schwinden von Geräuschen nach Cocaininjection.

[13]) C. Adelheim. Ueber Cocain im Allgemeinen und seine Anwendung in der Augenpraxis. (Vortrag, gehalten in der Versammlung Russischer Aerzte zu Moskau am 7./12. December 1884. — Diese Arbeit wurde nicht im Auslande publicirt.)

Digitized by Google

Anatomisches und Therapeutisches über den Fornix pharyngis.

Von

Dr. **R. Kafemann** in Königsberg.

Als ich vor einem Jahre meine Beobachtungen über den Catarrh des Recessus phar. med. in einer kleinen Brochure (Wiesbaden bei Bergmann) niederlegte, standen mir eigene anatomische Erfahrungen über diese eigenartige Region des Pharynx nicht zu Gebote. Ich glaubte deshalb, mich auf die Ergebnisse der Untersuchungen Schwabach's und Suchannek's stützen zu dürfen, deren geschlossene Abrundung in der That etwas überaus Vertrauenerweckendes darbot. Leider musste ich bald erkennen, dass Beide den Gegenstand keineswegs erschöpfend richtig dargestellt hatten, und dass dem selbstständigen Untersucher nicht entgehen konnte, dass die seit Luschka's Schilderung der Bursa pharyngea herrschende verworrene Unbestimmtheit in der qualitativen und quantitativen Begrenzung dieses Gebildes trotz der Bemühungen jener Männer nicht definitiv beseitigt worden war. Insbesondere zeigte sich bald, wenn man auf etwaige, durch die alltägliche Praxis nahegelegte Beziehungen des adenoiden Recessus medius zu einem fibrösen und knöchernen auf das Gewissenhafteste fahndete, dass der Mangel an der richtigen Unterscheidung dieser Beziehungen auf Schwabach's und Suchannek's Gedankengang wesentlich irreführend eingewirkt habe. Es finde sich, so theilt Schwabach mit, an der Stelle des Luschka-schen Orificium bursae eine einfache Schleimhauteinsenkung, die sich nicht gegen das Hinterhauptbein ausstülpe, und über welche die Fibrocartilago ununterbrochen hinwegziehe. Bei älteren Embryonen findet er gleichfalls keine Schleinhauteinsenkung, und stellt deshalb morphologisch den Rec. med. allen übrigen Schleimhautfaltungen des Fornix gleich. Kilian dagegen constatirt eine häufige embryonale Bursa, warnt aber vor einer Identificirung derselben mit einem irgendwie als Bursa anzusprechenden Gebilde im erwachsenen Körper. Suchannek bestätigt alles in macroscopischer Hinsicht von Schwabach über die mittlere Spalte Gesagte auf Grund eigener zahlreicher Untersuchungen. Beide geben wenigstens das überaus häufige Vorkommen einer durch die beiden mittleren Tonsillarlappen gebildeten Furche zu, betonen auch deren grössere Tiefe gegenüber der sagittalen, und gewähren die Erlaubniss, diese Furche Recessus medius zu nennen. Herr Raugé de Nice hingegen erklärt mit grosser Zuversicht, dass von einer Bursa pharyngea überhaupt nicht die Rede sein könne, „dans aucune acception du terme," und fügt hinzu, „que le recessus médian lui-même est loin de représenter une constante anatomique. Elle n'a donc pas droit comme telle à une description isolée ni à une pathologie distincte."

Eine so schlagfertige Erledigung so schwieriger Probleme hat in der That etwas Imponirendes. Ich bin weit davon entfernt, die wissenschaftliche Reellität der Arbeiten des Herrn Raugé anzuzweifeln, verwahren aber müssen wir uns entschieden gegen jene unbesonnen vordringende Art des Schliessens, welche anatomische Privatbeschaffenheiten, wie sie

Digitized by Google

in einem engen Bezirk zu Tage treten, zu allgemeinen erweitert und solchergestalt die Beobachtungen Anderer als die Wahrheit verrenkende darstellt.

Gellé (Ann. des mal. de l'or. etc., Mai 1889) redet einer versöhnlicheren Auffassung das Wort. Am Schlusse seiner Schilderungen eines typischen Falles von Luschka'scher Bursa, welche übrigens über das interessante Verhältniss unserer Bursa zur Fibrocartilago keine weiteren Aufklärungen giebt, sagt er ausdrücklich: „de tout ceci il résulte que la maladie de Tornwaldt et son traitement semblent devoir étudiées sans parti pris; c'est un accident possible de l'évolution d'une pharyngite chronique, qu'on peut guérir dès lors d'une façon sure en supprimant la disposition anatomique, la bourse pharyngée qui sert de foyer à la maladie". Anders dagegen denkt Herr Potiquet (Traité des maladies des fosses nasales etc., traduit par le Dr. Potiquet): „Tornwaldt, en assignant à ce recessus une pathologie spéciale, distincte de celle de la tonsille, s'est trompé".

Moure schliesst sich dieser Meinung in einem Referat des Internat. Centralbl. f. Laryngol. (October 1885) vollkommen an. Uebereinstimmend gleichartige Züge trägt auch die Lehre des Herrn Siebenmann in Basel (Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte, 1889). Er constatirt, dass die mediane Spalte gewöhnlich persistirt, dass deren grössere Tiefe lediglich bedingt wird durch stärkeres Hervorspringen der sehnigen Enden der Muskelbündel des Musc. rect. cap. maj. ant. Wo eine isolirte Oeffnung sich zeigte, hat er nie ein Einbohren in die Fibrocartilago gesehen. Cysten hat er in 38 pCt. seiner Fälle gefunden, welche indessen häufiger einem lateralen als dem medialen Spalt angehörten. Er fand auch nicht selten Cysten in den tiefsten Lagen auf der Fibrocartilago (nicht in; Anmerk. des Autors).

Auch Schäffer's werthvolle Arbeit vom August 1888 (Monatsschr. f. Ohrenheilk.), welche schon früher hätte genannt werden sollen, fördert die anatom. Seite der Frage wenig. Es erregt aber hohes Interesse, die Erfahrungen kennen zu lernen, welche ein Arzt von dem Range Schäffer's in dieser „ihm sehr wichtig erscheinenden Frage" gesammelt und „trotz der Präparate Schwabach's, des Negirens Bresgen's" zur öffentlichen Kenntniss bringt. Erwähne ich endlich noch Kasimir von Kostanecki's Arbeit über die Pharynxdivertikel des Menschen (Virchow's Archiv, Juli 1889), welche bezüglich der uns beschäftigenden Frage den Schwabach'schen Standpunkt vertritt, so hätte ich wohl alle Stimmen von Belang, die in dieser allerdings schwerwiegenden Frage sich erhoben, gesammelt, und ich glaube dadurch, dass ich es that, der Sache selbst am meisten zu dienen, denn durch nichts wird die Wahrheit mehr gefördert, als durch eine wirksame Widerlegung Derjenigen, welche dieselbe verdunkelt überlieferten.

Meine eigenen Untersuchungen fanden an 60 Cadavern statt. Herrn Dr. Poelchen's (kürzlich in Virchow's Archiv niedergelegten) Erfahrungen, seine ungemein vertraute Bekanntschaft mit dem vorliegenden Stoff waren mir dabei äusserst wirksame Rathgeber*). Bemerken will

*) Herr Dr. Poelchen hat bereits am 18. October 1888 im naturwissenschaftlichen Verein zu Danzig in erschöpfender Weise über den Gegenstand gesprochen und an zahlreichen Präparaten den wahren Sachverhalt demonstrirt.

Digitized by Google

ich schon hier, dass meine Befunde vollkommen Poelchen's in Westpreussen gewonnene Erfahrungen bestätigen, eine Thatsache, welche gegenüber den zahlreichen so ungleichen und häufig ganz sich widersprechenden Darstellungen desselben Gegenstandes von zweifelloser Bedeutung ist. Da meine Befunde bei fast regelmässiger Wiederkehr, abgesehen von dem adenoiden Gewebe, dem stets sehr variablen Rahmen zu dem eigentlichen Bilde, ein so überraschend gleichartiges Verhalten darboten, glaube ich auf eine umfangreiche Detaillirung verzichten zu können und mich mit einem summarischen Ueberblick begnügen zu dürfen, um so mehr, da mehrere Abbildungen das typische Verhalten in anschaulicher Weise erläutern werden.

Recessus pharyngeus medius tonsillaris.

Ueber denselben sind wohl alle Autoren, ausgenommen Herrn Raugé, einig. Ich war nur 2 Mal in der Lage, denselben nicht demonstriren zu können. Gestalt, Grösse, feinere Formeigenthümlichkeiten werden bedingt durch die jeweilige Entwickelungsstufe des adenoiden Lagers, durch Verwachsungen, Verlöthungen, Narbenzüge der mannigfachsten Art. In keinem meiner Fälle fehlte eine irgendwie geartete membranöse Ueberbrückung. Auffallend häufig war eine totale Ueberdachung des mittleren Recessus, während die sagittalen Leisten fehlten oder nur schwach angedeutet waren, wodurch denn der Eindruck einer glatten, fast reliefreien Schleimhaut resultirte.

Den Eingang zu diesen schönen tunnelförmigen Formen bildete ein sehr verschieden gestaltetes Orificium. Bisweilen fehlte ein solches völlig, trotz schöner Entwickelung des Recessus. Der Inhalt der medianen Furche bot die verschiedensten Arten der Consistenz und des microscopischen Verhaltens dar. Auffallend häufig war eine weissliche oder röthliche, gelée-artige, mit der Pincette herausziehbare Masse. Die enorme Häufigkeit dieser mehr oder weniger ausgedehnten Ueberdachung legte mir die Auffassung nahe, dass bei deren Entwickelung möglicherweise nicht pathologische Zustände wirkend betheiligt sein möchten, sondern, dass dieselbe vielleicht eine normale, eine physiologische wäre.

Eine wesentliche Stütze fand diese Meinung in einem Befunde, welcher den Fornix eines 14jährigen Knaben betraf. Hier liessen die beiden mächtigen medianen Leisten bereits eine solide Verwachsung über eine Strecke von 4 Mmtr. deutlich erkennen. Das adenoide Stratum überragte nur in einem Falle, und zwar in dem zuletzt erwähnten, den Choanalrand um $1^1/_2$ Mmtr. In einigen wenigen lagen beide in einer Ebene, in den meisten stand derselbe bedeutend tiefer als die Fornixschleimhaut mit ihren Leisten.

Durfte ich bis jetzt auf die allgemeine Zustimmung der Fachgenossen rechnen, so bin ich leider sicher, auf Widerspruch zu stossen, wenn ich behaupte, dass hinter diesem practisch recht wichtigen adenoiden Relief noch ein der Massa fibrosa angehörender, wichtigerer Recessus verborgen ist. Ich will ihn nennen den

Recessus pharyngeus medius massae fibrosae".

Tastet man mit dem Finger die Medianlinie des Fornix ab, so trifft man, wie Poelchen zuerst nachgewiesen hat, in einer individuell va-

Digitized by Google

riirenden Entfernung vom Septum in der Mehrzahl der Fälle „dicht vor dem Tuberculum pharyngeum" auf eine von einem derben Saum begrenzte Vertiefung in den fibrösen Theilen des Os occipitis, welche gewöhnlich den Eindruck eines elliptischen Defectes hervorruft. Schon der palpirende Finger ist im Stande, verschiedene Grössenverhältnisse nach Länge und Breite deutlich zu unterscheiden.

Beseitigt man durch sorgfältige Präparation am frischen Präparate die mehr oder weniger mit adenoiden Elementen ausgestattete Schleimhaut, so erkennt man, dass der Eindruck dieses Defectes hervorgerufen wird durch die sehnig vorspringenden Ansatzenden des Musc. rect. cap. ant. maj.

Es tritt des Weiteren in dieser elliptischen palpablen Vertiefung eine kahnförmige Grube zu Tage, deren Längendurchmesser von 2 Mmtr. bis zu 6 Mmtr. schwanken. (Taf. II*.) Bei einer dünnen, reichlicher Beimengungen adenoiden Gewebes entbehrenden Schleimhaut, wie es bei meinen Fällen die Regel war, ist diese Grube eine augenfällige, höchst characteristische Erscheinung. Die weissliche oder hell röthliche, gänzlich glatte Oberfläche erinnert sehr an die Schleimhaut der feinen Siebbeinzellen. Liegt dagegen eine stärkere Entwickelungsstufe der Schleimhaut vor, ein erheblicher Gehalt an adenoidem Gewebe, so ist diese kahnförmige Grube mit einem röthlichen Schleimhautpolster angefüllt, welches in sehr frappirender Weise gegen die weisslich schimmernde Massa fibrosa contrastirt. Die Tiefe der Grube richtet sich nach der individuell sehr variirenden Dicke der Massa fibrosa.

In einem hinten abgebildeten (Taf. I), äusserst anschaulichen Präparate ist dieser Defect sogar 7 Mmtr. lang und 2 Mmtr. breit. In jedem Falle ist der Recessus fibrosus ungemein häufig der Sitz von Cysten**), deren Vorhandensein natürlich auf die Gestaltung des Hohlraumes wesentlich modificirend einwirken muss. Ich möchte mir erlauben, zur bequemeren Veranschaulichung meiner Befunde, dieselben, in zwei Gruppen geordnet, zu characterisiren.

(Schluss folgt.)

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Fortsetzung umstehend.)

*) Die Tafeln werden dem Schluss der Arbeit in No. 4 der „Monatsschrift" beigelegt.

**) Dass Poelchen keine Cysten „auffallenderweise" gefunden hat, ist durch folgende, von ihm persönlich erhaltene Motivirung zu erklären. P. ist jenen von den Rhinologen mit „Cyste" bezeichneten Bildungen oft genug begegnet. Er konnte indessen das Hauptcharacteristicum einer Cyste, eine vollkommen abschliessende Umhüllung, nicht nachweisen, weshalb er diese Bildungen nicht als Cysten ansprechen zu dürfen glaubte. (Neuerdings hat er bei fortgesetzten Untersuchungen aber auch eine solche in der Substanz der Massa fibrosa aufgefunden, die er als vollkommene Cyste anerkennt.)

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Erkrankung: Einseitige	Erkrankung: Doppelseitige	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
9.	N. A., 34jähr. Schneidersgattin.		d.	Seit 4 Jahren behinderte Nasenathmung, welche sich vor 1 Jahre auf der linken Seite bis zu vollständiger Undurchgängigkeit steigerte. Secretion in der rechten Nasenhälfte vermehrt, wässrig oder schleimig, in d. linken profus, rein eiterig. Ueble Geruchsempfindung linkerseits. Pat. leidet häufig an diffusem Kopfschmerz und an asthmatischen Beschwerden.	Nach Extraction eines einzelnen Polypen aus der rechten und mehrerer aus d. link. Nasenhälfte tritt in letzterer ein mächtiger later. Schleimhautwulst zu Tage, während ein solcher in der r. Nasenhälfte, wo eitrige Secretion nicht bestand, fehlt. Der Wulst berührt unmittelbar das Sept. und verdeckt die mittlere Muschel vollständig. Wie immer zieht er zuerst senkrecht nach abwärts, begiebt sich aber noch oberhalb der unteren Muschel im Bogen nach hinten, übergreift allmählig auf diese selbst und erreicht so ziemlich das hintere Ende derselben. Zwischen Wulst u. Sept. quillt eitriges Secret hervor. Nach Abtragung d. Wulstes, wird das Polypennest an d. äusseren Nasenwand und in d. Tiefe die hochgradig atrophirte mittlere Muschel sichtbar. Ost. max. zugänglich; bei Ausspülung entleeren sich massenhaft stinkender Eiter und käsige Brocken aus d. Kieferhöhle. Rechte mittlere Muschel normal aussehend. Heilung nach Extraction des ersten linken Molaris und Anbohrung der Kieferhöhle von daselbst aus.	Die Zähne der recht. Oberkieferhälfte vollkommen gesund. Lks. Schneidezähne, Eckzahn und 1. Buccalis nur als Stümpfe vorhanden, 2. Buccalis fehlt; 1. Molaris cariös, gelockert, die Ränder mit Eiter belegt.	Polypenbildung in beiden Nasenhälften. Empyem d. linken Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

10.	K. A., 32jähr. Bahn-Beamtensgattin.	l.		Seit mehreren Monaten (?) zunehmende Undurchgängigkeit der l. Nasenhälfte mit eitriger Absonderung aus derselben; des öfteren Schwindelgefühl, Abnahme des Gedächtnisses. Pat. litt bereits vor 4 Jahren mehrere Wochen hindurch an continuirlichem, äusserst heftigem linksseit. Kopfschmerz, wobei aus der l. Nasenhälfte eitriges Secret förmlich abtropfte. Die Erscheinungen liessen von selbst wieder nach. In d. Jugend häufig an Zahnschmerz im linken Oberkiefer gelitten. Oberhalb der linken Buccal. soll wiederholt Fistelbildung beobachtet worden sein.	Nach Extraction zahlreicher Polypen und Abtragung des later. Schleimhautwulstes treten hinterhalb desselben an der äusseren Nasenwand die Polypenreste, ferner erbsengrosse Schleimhautwucherungen und in der Tiefe die stark atrophirte, hart an's Septum gedrängte mittlere Muschel zu Tage. Empyem der Oberkieferhöhle im Weiteren bestimmt nachgewiesen. Heilung durch Behandlung von der Nase aus.	Eckzahn und beide Buccal. fehlen linkerseits; d. übrigen Zähne gesund.	Polypenbildung in der link. Nasenhälfte. Empyem der linken Oberkieferhöhle.
11.	Sch. A., 15jähr. Landmannstochter.	r.		Seit 5 Monaten Undurchgängigkeit der rechten Nasenhälfte, verbunden mit eitriger Absonderung aus derselben, sonst keinerlei Beschwerden. Vordem häufig an acuter Rhinitis gelitten.	Nasenbefund ganz wie im 7. Falle. Ostium maxill. nur schwer zugänglich, jedoch hinreichend, um die Abstammung des Eiters aus der rechten Kieferhöhle nachzuweisen. Heilung durch Behandlung von der Nase aus.	Zähne gesund.	Polypenbildung in der recht. Nasenhälfte. Empyem der r. Oberkieferhöhle.
12.	K. J., 50jähr. Advokat.		d.	Im Jünglingsalter beständig an Schnupfen gelitten, doch besserte sich der Zustand später von selbst. Vor 4 Jahren wegen erschwerter Nasenathmung und eitriger Secretion längere Zeit von einem Facharzte an Polypen behan-	Nach Entfernung zahlreicher Polypen aus beiden Nasenhälften wurde beiderseits ein mächtiger later. Schleimhautwulst vorgefunden. Rechts liegt er unmittelbar dem Septum an, links steht er mit einer vom Septum ausgehenden, von vorne nach hinten ziehenden Schleimhautwucherung in	Links 1. Buccal. erst seit Kurzem cariös, 1 Molaris fehlt; rechts fehlen beide Buccal. seit Jahren; die	Polypenbildung in beiden Nasenhälften. Doppelseitiges Empyem der Oberkieferhöhle. (Em-

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Einseitige Erkrankung.	Doppelseitige Erkrankung.	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
				delt u. geheilt entlassen worden. Von da ab blieb d. Nase zieml. frei, eitr. Absonderung aber bestehen. Nun seit mehr. Mon. Nasenathmung wiederum behindert, Absonderung vermehrt. Häufig wiederkehrender und anhalt. Stirnkopfschmerz, dumpfe Schmerzen in d. link. Supraorbitalgegend, Schwindelgefühl, rasche Ermüdung bei geistiger Arbeit. Am link. Oberkiefer war vor Jahren eine Zahnfistel beobachtet worden.	Berührung. Form und Beschaffenheit dieser letzteren ganz wie im 6. Fall. Nach Zerstörung d. Wülste Sitz des Polypennestes sowie zahlr. polypöse Wucherungen beiders. an d. later. Nasenwand constatirt. Die mittl. Muscheln vollständ. zu Grunde gegangen, ebenso die rechte untere Muschel ziemlich atrophirt. Ostium max. verum kurz darauf freigelegt und erweitert, Sitz d. Eiterung in den Kieferhöhlen zweifellos nachgewiesen; hingegen konnte d. Erweis d. muthmaasslich zu gleicher Zeit vorhand. Stirnhöhlenempyems nicht erbracht werden. Extract. d. cariösen 1. Buccal. d. linken Oberkieferhälfte. Vollständige Heilung durch weitere Behandlg. von der Nase aus.	übrig. Zähne gesund.	pyem der Stirnbeinhöhle?)
13.	O. P., 59jähr. Gutsbesitzerin.		d.	4 Jahre hindurch bestehende Undurchgängigkeit beider Nasenhälften mit Absonderung eitrigen, übelriechenden Secrets. Patientin mehrfach von Specialisten an Nasenpolypen behandelt worden, doch erfolgl., da immer wieder Recidiven eintraten. In früheren Jahren viel an Zahnweh	Das beiders. an d. äusseren Nasenwand gegenüber d. mittl. Muschel gelegene Polypennest konnte erst durch Abtragung d. later. Schleimhautwülste, welche zu beiden Seiten dem Sept. innig anlagen, blossgelegt und der directen Behandlg. zugängl. gemacht werden. Zieml. vollständ. Schwund d. mittl. Muscheln. Empyem der Kieferhöhlen durch Irrigation	Im Oberkiefer kein einziger Zahn mehr vorhanden.	Polypenbildung in beiden Nasenhälften. Doppelseit. Empyem der Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

				gelitten, wobei sämmtl. Zähne des Oberkiefers nach und nach verloren gingen.	nachgewiesen. Die von der Nase aus geführte Behandlung geht soeben ihrem Ende entgegen.		
14.	H. H., 21jähr. Advokatenstochter.	r.		Seit 4 Jahren beständiger, bei nasskaltem Wetter zudem vermehrter Abfluss eitrigen, übelriechenden Secretes aus der rechten Nasenhälfte. Vorübergehend behinderte Nasenathmung; sonst keinerlei subjective Beschwerden. Oberhalb des 2. Buccal. d. rechten Oberkieferhälfte ist es schon wiederholt zu Fistelbildung gekommen.	Nach Extraction eines vereinzelten Schleimpolypen kommt d. mächtige, dicht an's Sept. heranreichende und dem Vorderende der mittl. Muschel täuschend ähnl. later. Schleimhautwulst zum Vorschein. Uebrigens weder der Stiel des abgetragenen Polypen, noch die mittl. Muschel sichtbar. Aus dem Spalte zwischen Wulst und Sept. quillt Eiter hervor, namentl. bei Abdrängung der Geschwulst, und werden sodann hinter ders. einzelne polyp. Wucherungen sichtbar. Die weitere Behandlung wegen Sommerreise der Patientin verschoben.	1. Buccal. der rechten Oberkieferhälfte fehlend, der 2. Buccalis cariös.	Polypenbildg. in d. rechten Nasenhälfte. Empyem der rechten Oberkieferhöhle.
15.	St. F., 36jähr. Schneidersgattin.	r.		Seit zwei Jahren behinderte Durchgängigkeit der rechten Nasenhälfte mit beständiger Eiterabsonderung aus derselben. Häufig Stirnkopfschmerz und Schwindel, namentlich an heissen Tagen d. Sommerzeit.	Vollständige Obturation der rechten Nasenhälfte von Seiten eines einzelnen Schleimpolypen. Nach Entfernung desselben kein Stiel, wohl aber ein mächtiger lateraler Schleimhautwulst sichtbar, der die medianwärts gedrängte mittl. Muschel bis auf einen schmalen Streifen verdeckt. Aus dem von beiden letzteren gebildeten Spalte dringt Eiter hervor. Nachdem die Nasenathmung wieder frei geworden, war die Pat. zu einem weiteren Eingriffe nicht mehr zu bewegen.	1. Buccal. und 1. Molaris der rechten Oberkieferhälfte cariös.	Polypenbildg. in der rechten Nasenhälfte. Empyem der rechten Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Einseitige Erkrankung.	Doppelseitige Erkrankung.	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
16.	S. K., 21jähr. Dienstmädchen.	l.		Seit 4 Monaten eitrige Absonderung aus der linken Nasenhälfte. Continuirlicher linksseitiger Kopfschmerz, zeitweise Schmerzen in der linken Wangengegend.	Schleimpolypen und later. Schleimhautwulst in der linken Nasenhälfte. Im Gegensatze zu allen übrigen Fällen sieht d. Wulst in Folge seiner Succulenz, grauen Färbung und Kerbung der Oberfläche eher einem echten Schleimpolypen als dem bisher beschriebenen Gebilde ähnlich. Die atrophirte mittlere Muschel steht einerseits mit dem Wulste, andererseits mit einer ihr vom Septum entgegenstrebenden Schleimhautgeschw. (s. diesbezügl. den 6. u. 12. d. vorhergehenden Fälle) in Berührung. Eiterherd in der Oberkieferhöhle bestimmt nachgewiesen. Behandlg. von der Nase aus dem Abschlusse nahe.	Zähne gesund.	Polypenbildg. in der linken Nasenhälfte. Empyem der linken Oberkieferhöhle.
17.	H. A., 45jähr. Baumeister.		d.	Seit 5 Jahren behinderte Nasenathmung, namentlich auf der linken Seite. Rechts Absonderung schleimig, links eitrig; sonstige Beschwerden fehlen.	Schleimpolypen beiderseits; lateraler Schleimhautwulst blos in der linken Nasenhälfte, wo nämlich eitr. Secretion besteht Provenienz des Eiters aus der Kieferhöhle auch hier nachgewiesen. Patient steht noch in Behandlung	Zähne gesund.	Polypenbildg. in beiden Nasenhälften. Empyem der linken Oberkieferhöhle.
18.	K. M., 24jähr. Dienstmädchen.		d.	Seit 4 Wochen (?) absolute Undurchgängigkeit beider Nasenhälften; Beschaffenheit des Secretes bisher nicht beachtet; sonstige Beschwerden fehlen.	Da sich die Pat. sofort nach wiedererlangter Nasenathmung (Polypenextraction) der weiteren Behandlung entzog, basirt sich die Diagnose, analog den früheren Fällen, hauptsächl. auf	Rechts 2. Bucc. und 1. Molaris cariös, links 1. Buccalis fehlend.	Polypenbildg. in beiden Nasenhälften. Doppelseitiges Empyem

Digitized by Google

					den Nachweis des later. Schleimhautwulstes, welcher beiderseits bis an's Septum heranreichend, die mittleren Muscheln vollständig überdeckte, auf das Hervorquellen eitriges Secretes aus dem medialen Berührungsspalte, sowie auf den Zahnbefund im Oberkiefer.		d. Oberkieferhöhle.
19.	N. W., 28jähr. Kutscher.	l.		Seit länger als 1 Jahre linkerseits behinderte Nasenathmung und eitrige Secretion in der betreffenden Nasenhälfte.	Auch d. Kranke blieb nach Extraction der Polypen resp. freigeword. Nasenathmung von der weiteren Behandlg. aus Bezügl. der Diagnose gilt das im vor. Falle Gesagte. Bei Zurseitedrängung des die mittl. Muschel etwa zur Hälfte bedeckenden lat. Schleimhautwulstes erfolgte vermehrt. Eiterguss aus d. Berührungsspalte und kamen in d. Tiefe polypöse Schleimhautwucherungen zum Vorschein.	Zahnbefund nicht verzeichnet.	Polypenbildg. in der linken Nasenhälfte. Empyem der linken Oberkieferhöhle.
20.	K. R., 29jähr. Landgerichtsrathstochter.	l.		Seit 10 Jahren verminderte Durchgängigkeit der linken Nasenhälfte u. profuse, eitrige Absonderung aus derselben. Beim Vornüberbeugen d. Oberkörpers wird vermehrter Abfluss und üble Geruchsempfindung wahrgenommen. Ziemlich beständiger, linksseitiger Kopfschmerz, oft auch Schwindelgefühl.	Das vord. Ende d. link. mittl. Muschel zu einer kugelförmigen Schleimhautgeschwulst umgestaltet, welche einerseits mit d. Septum, andererseits mit einem mächtig. lat. Schleimhautwulste in inniger Berührung steht. Zwischen Wulst und mittl. Muschel quillt Eiter hervor. Nach Abtragung sowohl des hypertroph. Muschelendes, als auch des Wulstes erscheint die Muschel hochgradig atroph., der Sinus ders. ungewöhnl. weit u. die ihr gegenüber resp. hinter dem Wulste gelegene Partie der äusseren Nasenwand dicht mit polypösen Wucherungen besetzt.	1. Buccal. der linken Oberkieferhälfte cariös, 2. Bucc. fehlt, 1. und 2. Molaris cariös. VorExtraction des 2. Buccal. soll oberhalb desselb. eine Fistel bestanden haben.	Empyem der linken Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Erkrankung: Einseitige	Erkrankung: Doppelseitige	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
					Sobald diese galvanocaust. zerstört worden waren, lag das Ostium max. frei und wurde durch Irrigation eine Menge Eiters aus der Kieferhöhle herausbefördert. Da sich Pat. der Eröffnung d. Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze aus hartnäckig weigerte, wurde durch die Behandlg. von der Nase aus zwar bedeutende Besserung, insbesondere Schwinden der subject. Symptome, sonst aber nur relative Heilung erzielt.		
21.	J. H., 21 jähr. med. studios.	r.		2 Jahre andauernde Verstopfg. der r. Nasenhälfte mit reichlicher Eiterabsonderung ders. Bei vorgebeugter Körperhaltg. vermehrter Abfluss und üble Geruchsempfindung. Häufig anhaltender Stirnkopfschmerz, Schmerz in der r. Wange und Supraorbitalneuralgie auf derselben Seite. Von zwei Aerzten chronische, hypertrophische Rhinitis diagnosticirt und monatelang erfolgl. mit Galvanocauterisation und Chromsäureätzung der unteren Nasenmuscheln behandelt worden.	Auch meinerseits erst nach wochenlanger Behandl. der die mittl. Muschel vortäuschende lat. Schleimhautwulst als solcher erkannt und Empyem d. Oberkieferhöhle als Grunderkrankung nachgewiesen worden. Die Behandlung gelangte wegen Muthlosigkeit des Pat. gegenüber den nothwendigen Eingriffen (Zahnextract., Anbohrung d. Kieferhöhle) bisher zu keinem Ziele. (Ausführlich als dritter der Eingangs geschilderten Fälle beschrieben.)	2. Buccal. der r. Oberkieferhälfte cariös, zuweilen tritt Fistelbildung oberhalb desselben auf.	Empyem der r. Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

22.	S. L., 46jähr. Beamter.	r.		Seit 1½ Jahren rechtsseitig behinderte Nasenathmung und eitrige, übelriechende Absonderung aus der betreff. Nasenhälfte. Mit Ausnahme zeitweiser Schmerzempfindung am rechten Nasenrücken keinerlei subjective Beschwerden.	Mächtig entwickelter, das Sept. tangirender lateraler Schleimhautwulst in der rechten Nasenhälfte. Eiterabfluss aus dem Spalte zwischen beiden. Bei Abdrängung des Wulstes von der Nasenscheidewand erscheinen polypöse Wucherungen in der Tiefe. Nach Abtragung desselben werden durch Irrigation jauchige Eitermassen aus der Oberkieferhöhle entleert. Die Behandlung musste wegen anderweitiger Erkrankung unterbrochen werden. (Ausführlich als vierter der Eingangs geschilderten Fälle beschrieben.)	Zähne gesund.	Empyem der rechten Oberkieferhöhle.
23.	T. W., 40jähr. Schuldirector.	r.		Seit 5 Jahren eitrige Absonderung in der recht. Nasenhälfte, gepaart mit behinderter Nasenathmung wechselnden Grades auf derselben Seite. Häufig wiederkehrender und anhaltender Stirnkopfschmerz, Gedächtnissschwäche, Unlust zu geistiger Arbeit und rasche Ermüdung bei solcher. Pat. wurde monatelang von einem Facharzte als mit chron. Nasencatarrh behaftet durch Galvanocauterisation d. unteren Muschel behandelt.	Mächtig entwickelter, dem hypertroph. vorderen Ende der mittleren Muschel täuschend ähnlicher, later. Schleimhautwulst in der rechten Nasenhälfte. Derselbe steht mit einer dem Septum aufsitzenden, sagittal von vorne nach hinten verlaufenden Schleimhautgeschwulst in Berührung. Aus dem Berührungsspalte quillt eitriges Secret hervor. Nach Abtragung d. Wulstes kommen hinter demselben an der äusseren Nasenwand polypöse Wucherungen zum Vorschein. Die mittlere Muschel vollständig zu Grunde gegangen. Entleerung käsiger Massen aus der Oberkieferhöhle. Vollständige Heilung durch Behandlung von der Nase aus.	Eckzahn, 2. Buccalis und 1. Molaris der rechten Oberkieferhälfte fehlend.	Empyem der rechten Oberkieferhöhle.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Taubstummheit und Meningitis. Von Prof. Dr. Fr. Schultze in Bonn. (Virchow's Archiv, Bd. 119, Heft 1.)

Die von Voltolini als primäre Otitis labyrinth., von Anderen meist als abortive Form von sporadischer Cerebrospinalmeningitis gedeutete, wegen der Häufigkeit ihres Auftretens gerade im frühen Kindesalter allen Ohrenärzten wohlbekannte Erkrankung, welche nach rasch verlaufenden, meist nicht sehr erheblichen Allgemeinstörungen in wenigen Tagen mit völliger Taubheit, beziehungsweise Taubstummheit endet, ist pathologisch-anatomisch nur noch sehr wenig erforscht. Sch. liefert hierzu einen neuen Beitrag, welcher um so wichtiger für die Pathogenese der fraglichen Erkrankung ist, als dabei zum ersten Male sehr genaue, vom Autor in Verbindung mit Dr. Küttner angestellte Untersuchungen des centralen Acusticusapparates sowie speciell der Med. oblong. angestellt wurden. Es handelte sich um ein 13jähr. Mädchen, welches im 8. Jahre 3 Tage nach Beginn einer als leichte Meningitis zu deutenden Krankheit taub und späterhin taubstumm geworden war; nach 5 Jahren Tod an Darm- und Lungentuberculose. Bei der Section fanden sich die Meningen völlig normal, ohne Verwachsungen; alle Gehirnnerven intact, nur beide Acustici erheblich verdünnt; Gehirn und verlängertes Mark macroscopisch unverändert; Striae acust. fehlen links. — Aeusseres und mittleres Ohr beiderseits völlig normal, Gehörknöchelchen leicht beweglich. Die microscopische Untersuchung der in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten und später mit Carmin und dem Weigert'schen Verfahren untersuchten Med. oblong. ergab trotz genauester Durchforschung zahlreicher Schnitte nirgends pathologische Herde, die als Acusticuskerne angesprochenen Ganglienzellenanhäufungen insbesondere überall intact. Beide Acustici dagegen zeigten auf den Durchschnitten zur Hälfte völligen Zerfall der Markscheiden und Axencylinder mit Ersatz durch Gliagewebe; die andere Hälfte enthielt normale Nervenfasern, theilweise mit Ganglienzellen durchsetzt; dieser Befund liess sich bis zum Eintritt des Nerven in das verlängerte Mark, und zwar in seiner inneren Wurzel, wo die Degeneration ziemlich plötzlich aufhörte, verfolgen. Faciales intact. — In den Labyrinthen waren die Corti'schen Organe völlig zu Grunde gegangen, die Schneckenräume durch osteoides Bindegewebe mit Rundzellen ausgefüllt, ebenso die halbcirkelförmigen Canäle.

Nach der Ansicht des Autors handelt es sich auch in diesem Falle nicht um eine primäre Labyrinthentzündung im Sinne Voltolini's, vielmehr sei dieselbe als eine Folge eines meningitischen Prozesses aufzufassen; welcher Natur dieser gewesen, sei nicht festzustellen; traumatische oder tuberculöse Meningitis sei ausgeschlossen, die Annahme einer sporadisch auftretenden epidemischen Cer.-spin.-meningitis erscheine willkürlich; dagegen weist Sch. auf die symptomatologische Aehnlichkeit der in Rede stehenden Krankheit mit der Poliomyelitis acuta hin und hält es für möglich, dass beiden Prozessen dieselbe Ursache zu Grunde liegen könnte; ja auch für die cerebralen Kinderlähmungen sei diese Annahme a priori nicht von der Hand zu weisen, so dass die Entzündungs-

Digitized by Google

erreger nach Ablauf der Allgemeinstörungen, wozu auch ein gewisser Grad von Meningitis gehören könne, sich das eine Mal in der vorderen grauen Substanz des Rückenmarks (spinale Kinderlähmung), das andere Mal in gewissen Hirnabschnitten (cerebrale Kinderlähmung), in einem dritten Falle mittelst der Acustici im Labyrinth localisiren würden. Gegen diese Annahme führt Sch. selbst an, dass ein Zusammentreffen von spinaler Kinderlähmung mit Taubheit bisher nicht constatirt worden ist, dass ferner, wie obiger Fall zeigt, der Taubheit nicht etwa Herde in der Med. oblong. zu Grunde liegen, ähnlich denjenigen in der vorderen grauen Substanz bei der Poliomyelitis, sondern die Vernichtung des Cortischen Organs allein die Taubheit bedingt hat. — Die vorgefundene Degeneration der Hörnerven fasst Sch. nicht als secundäre, durch die Zerstörung der Labyrinthe bedingte auf, weil nach Beobachtungen einschlägiger Fälle alsdann nur eine einfache, allgemeine Atrophie, nicht aber völlige Vernichtung eines grossen Theils der Nerven einzutreten pflegt.

Keller.

---

b) Rhinologische:

Zur Anatomie des Nasenrachenraumes. Von Dr. R. Poelchen. (Virchow's Archiv, Bd. 119, Heft 1.)

P. hat an einer sehr grossen Zahl von Leichen die Topographie des Nasenrachenraumes mit Bezug auf die Bursa pharyngea genauer untersucht und kommt dabei zu dem Resultate, dass ein selbständiges Organ, wie das von Luschka beschriebene und abgebildete, in der That nicht existirt, dagegen aber in der Mitte des Nasenrachendaches sich eine Stelle befindet, die der Umgebung gegenüber allerdings besondere anatomische Merkmale trägt. Es wird nämlich die untere Seite der Pars basil.-occipit. von einer stark entwickelten fibrösen Platte, dem verdickten Periost, überzogen, welche in ihrer Mitte einen Defect zeigt, der sich als Vertiefung nach dem Knochen hin darstellt und von der Schleimhaut, die sich hier mithin unmittelbar an dem Knochen ansetzt, ausgekleidet wird. Diese Stelle wird durch die als ziemlich starke Wülste seitlich vorspringenden, dreiseitig geformten Mm. longi capitis noch mehr vertieft; ist nun die auskleidende Schleimhaut von normaler, dünner Beschaffenheit, so wird sie eben hier tief eindringen und eine Bursa, Fossa oder einen Recessus pharyng. med. bilden; ist sie aber adenoid verdickt, so ist die Vertiefung durch dieselbe ausgefüllt, von einer Grube ist nichts mehr zu sehen. Häufig entspricht der vertieften Stelle in der Periostlage auch eine kahnförmige Grube an der Knochenfläche selbst, zuweilen mit einem Foramen coecum, der Fovea pharyngea der Autoren, in ihrer Mitte. — Diesen klaren anatomischen Darlegungen reiht der Autor noch einige clinisch wichtige Mittheilungen an. Zunächst konnte er bei einem Oberkieferresecirten beobachten, wie die oben beschriebene Grube bei den Bewegungen im Nasenrachenraum völlig ruhig blieb, wodurch leicht Anlass zu Schleimansammlung daselbst gegeben werden kann. Nie fand sich eine auf den Recessus beschränkte Tuberculose, Syphilis oder Diphtheritis, derselbe nahm immer nur an der Erkrankung der umgebenden Schleimhaut Theil; die am Lebenden wiederholt gesehene Cystenbildung

Digitized by Google

konnte der Autor seltsamer Weise bei der Untersuchung an mehreren hundert Leichen nie finden; dagegen oft Secretionsanomalien, sowohl Hypersecretion als intensive Eiterung bei intacter Umgebung. — P. schliesst seine Arbeit folgendermassen: „Durch vorstehende Auseinandersetzung wollte ich beweisen, dass Tornwaldt Recht hat, wenn er die sogenannte Bursa pharyngea als Einsenkung der Schleimhaut auffasst, und dass er Recht hat, wenn er an ihrer Stelle die häufigste und bedeutendste Localisation der krankhaft veränderten Secretion sucht."

Keller.

Starker wässeriger Nasenausfluss nach einem Fall auf den Kopf. (Un cas d'écoulement aqueux abondant par le nez, après une chute sur la tête.) Von Dr. Mathiesen (Journal of laryngol. and rhinol., November und Annales des mal. du l'oreille et du larynx No. 11.)

Ein 13jähriges Kind fiel auf den linken Temporalis; Verlust des Bewusstseins, Brechen, Nasenbluten; 18 Tage später Eingenommenheit des Kopfes; salziger Ausfluss aus der Nase, besonders links und bei gebeugtem Kopf; man sammelte 25 Gramm in 2 Stunden an; der Ausfluss hörte nach einer Woche auf; 5 Tage später Erbrechen, Oedem des linken oberen Augenlides nebst Umgebung, Erweichung der Narbe an der linken Schläfe; alle Symptome schwanden nach 5 Tagen und das Kind genas. In der Flüssigkeit waren degenerirte Leucocyten, schleimige Filamente und Pflasterepithel nachweisbar; sie war alcalisch, eiweisshaltig, zucker- und chlornatriumhaltig. Dr. P. K.

Die Bacillen des Rhinosclerom. (Les bacilles du rhinosclérome.) Von Dr. Melle. (Compte rendu de l'académie de médecine de Nàples und Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie No. 11, 1889.)

Verf. hat eine neue Methode zur Darstellung des Bacillus des Rhinoscleroms angegeben; durch selbe wird der Inhalt der hyalinen Zellen entfärbt und die Bacillen selbst stark gefärbt, welche letzteren sich meist in den Zellen befinden. Verf. behauptet, die von Cornil und Alvarez beschriebene ovoide Hülle nicht gefunden zu haben. Die Bacillen haben Analogie mit den Tuberkelbacillen, besonders, was ihre Widerstandsfähigkeit gegen Mineralsäuren betrifft. Verf. nimmt an, dass diese Bacillen die Hauptursache des Rhinoscleroms sind, welches eben durch runde und grosse hyaline, mit netzförmigem Protoplasma versehene Zellen gekennzeichnet ist; letztere Zellen enthalten die Bacillen.

Dr. P. K.

Spasmus glottidis mit nasaler Ursache. (Le spasme glottique d'origine nasale.) Von Dr. Albert Ruault. (Archives de laryngologie und Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 11, 1889.)

Aus seinen persönlich beobachteten Fällen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen: 1) Nasalleiden, namentlich Polypen und die hypertrophische Rhinitis können durch Reflex Larynxspasmus hervorrufen; dieser kann so stark werden, dass die Tracheotomie nöthig wird; 2) diese

Digitized by Google

Anfälle können sich öfters wiederholen, Jahre lang anhalten und endlich blos der geeigneten Behandlung des Nasenleidens weichen; 3) das Leiden kommt mehr bei nervösen Frauen vor; 4) Kinder werden sowohl, als ältere Leute befallen; 5) der Spasmus kann auf die Bronchien übergehen und der asthmatische Anfall kann lange dauern; 6) Stimmstörung kann ausserhalb der Anfälle fortbestehen; 7) Prognose ist günstig, wenn das Nasenleiden erkannt wird; 8) die Diagnose macht sich per exclusionem, dann durch die Rhinoscopia anterior et posterior; 9) den Anfall selbst behandelt man mit Cocainbepinselungen in der Nase, Chloroform, Tracheotomie; 10) die Krankheit wird durch die geeignete Behandlung der Nase selbst geheilt. Dr. P. K.

Nasenbluten-Behandlung durch Gegenreiz auf die Lebergegend. (Traitement de l'épistaxis par contreirritation de la région hépathique.) Von Dr. Harkin. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Dieses von Prof. Verneuil angerathene Verfahren hat sich dem Verf. in mehreren Fällen bewährt, bevor noch Verneuil seine Methode angegeben hatte. Dr. P. K.

Einspritzen heissen Wassers gegen Nasenbluten. (L'irrigation d'eau très chaude contre les épistaxis graves.) Von Dr. Alvin. (Loire médicale und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 2.)

In einem verzweifelten Falle wandte Verf. mittelst eines Irrigators gemachte Einspritzungen von 65 — 70° heissen Wassers mit Erfolg an. Das Verfahren ist einfach, schmerzlos, hilft immer und kann beliebig wiederholt werden. Dr. P. K.

Seltener Tumor der Nasenscheidewand. (Un cas rare de tumeur de la cloison du nez.) Von Dr. Strazza. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12.)

Ein 4jähriges Kind fiel auf die Nase und bekam in Folge dessen eine totale Nasenverstopfung. Ein dunkelrother, weicher, nicht schmerzhafter, an der Nasenscheidewand aufsitzender Tumor füllte die linke Nasenhälfte aus; die Mucosa der rechten Nasenhälfte war verdickt. Mit der Pravaz'schen Spritze konnte man eine hellrothe, trübe Flüssigkeit, die weder Eiter noch Blut war, herausziehen; der Tumor collabirte und man blies Jodoform in die Nase. Der Tumor wurde noch einmal punktirt, weil Recidive eingetreten war. Nach einer dritten Punction entfernte Patient selbst ein kleines Stück Tumor, der Rest wurde durch Schlingenschnürer entfernt; die Knochen und die Knorpel waren nicht entblösst. Nasendouchen mit Boraxlösung. Heilung.

Verf. betont das ungewöhnliche Aussehen der entnommenen Flüssigkeit: Man konnte weder ein Haematom, noch einen Abscess, noch eine Perichondritis serosa (Jurasz) annehmen; er nimmt, auf die Experimente von Gussenbauer gestützt (Deutsche Chirurgie 1881), einen lymphatischen Tumor an. Bei solchen Diagnosen muss man sich stützen 1) auf das rasche Entstehen des nasalen Respirationshindernisses, 2) auf die Fluctuation, welche wegen allzu grosser Spannung nicht immer deutlich ist, 3) auf die blaurothe Farbe der Mucosa, welche immer mit Blut

Digitized by Google

überfüllt ist, 4) auf die Explorativpunction. Zur Differential-Diagnose mit der Deviation der Nasenscheidewand dienen folgende Punkte: Deformation der Nase, harte Consistenz bei Berührung mit der Sonde, Concavität der Wand auf der gesunden Seite bei Deviation. Die Behandlung besteht in Probepunction, dann tiefem Einschnitt, dann desinficirenden Nasendouchen. Dr. P. K.

Modification in der Anwendung der galvanischen Schlinge bei Entfernung der hinteren Nasenpolypen. (D'une modification de l'emploi de l'anse galvanique dans les polypes de l'extrémité postérieure des fosses nasales.) Von Dr. Wagnier. (Revue mens de laryngol. et d'otologie No. 12, 1889.)

Die in den Nasenrachenraum hineinragenden Nasenpolypen sind bekanntlich consistenter und dünnstielig wegen ihrer grösseren Beweglichkeit und wegen dem Gesetz der Schwere. Ein etwas dicker und federnder Eisendraht wird in den galvanocaustischen Schlingenschnürer eingeführt, die Nase wird cocainisirt, man führt das Instrument ein und sucht den unteren Theil des Polypen zu fassen. Ist dies geschehen, so lässt man den Strom durchgehen, ohne zu ziehen, lässt dann den Strom wieder aufhören und zieht dann den Schnürer fest zusammen; ist dies geschehen, so zieht man den Polypen mit dem Instrument als Ganzes zu sich; nöthigenfalls kann man mit dem in den Nasenrachenraum eingeführten Index nachhelfen. Dr. P. K.

Nasenleiden, Aphonie und Dyspnoe bedingend. (Maladie du nez causant l'aphonie et la dyspnée.) Von Dr. Predborsky. (Journal of laryngol. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 6.)

Nach einem grossen Schrecken bekam ein Mädchen Aphonie und Dyspnoe; Chloroforminhalationen machen die Tracheotomie überflüssig. Nach einigen Wochen Recidive, Schwellung und Röthung der Nasenmucosa links; Niessen und eitriger Ausfluss bei Berührung dieser Theile. Rasche und vollständige Heilung durch Anwendung der Chromsäure.
Dr. P. K.

Rhinolithiasis. (Rhinolithiase.) Von Dr. Hinde. (The med. Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 4.)

Zollgrosser Rhinolith im unteren Nasengange. Beim Versuche, ihn nach vorne zu entfernen, glitt er in die Choane, wo man ihn noch mit der Knopfsonde fühlte. Nach 3 Tagen wollte man ihn während der Narcose durch den Nasenrachenraum entfernen, aber er war verschwunden, wahrscheinlich also heruntergeschluckt worden. An dem früheren Sitze des Fremdkörpers sind die Knochen entblösst. Heilung.
Dr. P. K.

Ein Fall von Rhinolithis. (Un cas de rhinolithe.) Von Dr. Garel.

Eine 50jährige Frau hat seit ihrem zehnten Jahre das linke Nasenloch verstopft. Eiterung seit einem Jahre, Thränenlaufen am linken Auge, Migräneanfälle, Verlust des Geruchssinnes, Ozaena links. Die Sonde stösst auf einen harten rauhen Körper; derselbe wird nach mehreren

Digitized by Google

fruchtlosen Versuchen mit der Zange stückweise entfernt; in seiner Mitte befindet sich ein wohlerhaltener Kirschkern; die chemische Untersuchung ergab, dass die Kruste aus Phosphaten, wie gewöhnlich, bestand.

Dr. P. K.

Ein Stein in der rechten Nase. (Un calcul dans la cavité nasale droite.) Von Dr. Masini. (Gaz. degli Ospitale und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

Cozzolino beobachtete einen aus 3fach phosphorsaurem und aus kohlensaurem Kalk bestehenden Rhinolithen; Masini einen chemisch nicht untersuchten Stein, welchen ein 10jähriges Kind sich vor 6 Jahren in die Nase gesteckt hatte. Dr. F. K.

Zusammenhang des Heufiebers mit den Nasenkrankheiten. (Relations entre la fièvre de foin et les maladies des fosses nasales.) Von Dr. Roe. (Medical Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 4.)

Verf. giebt 6 Beispiele, wo nach Brennen oder theilweiser Exstirpation der hypertrophischen Nasenmuscheln Heilung bei Heufieber eintrat. Er betont den schlechten Einfluss, welchen die hypertrophischen Muscheln, abgesehen von dem Respirationshinderniss, das sie verursachen, durch ihren Contact mit der Nasenscheidewand ausüben.

Dr. P. K.

Klinische Studie über die adenoiden Tumoren des Nasenrachenraumes. (Etude clinique sur les tumeurs adénoides du rhinopharynx.) Von Dr. Couëtoux. (Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 8.)

Der sogenannte essentielle Ptyalismus bei Kindern, der Ptyalismus bei Idioten fällt mit adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes zusammen. Vegetationen, welche keine hervorragenden Symptome hervorrufen, soll man nicht operiren, ausser bei Blinden, Taubstummen und Idioten; Vegetationen gehen nie von selbst zurück, wie Moldenhauer behauptet; sie können in einer späten Periode noch Taubheit hervorrufen durch Bildung der Sclerose des Trommelfelles. Verf. giebt seine Operationsmethode; er wendet immer die Menière'sche Zange an und giebt Beispiele zum Belag. Sonst bietet die lange Rede nichts Neues.

Dr. P. K.

Antisepsis in der Nasenchirurgie. (L'antisepsie dans la chirurgie nasale.) Von Dr. C. Rice. (New-York med. Journal und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx No. 8.)

Sie bietet Schwierigkeiten dar, welche grösser sind, als bei der Antisepsis der grossen Bauch- und Gelenkwunden. Nämlich das erectile Gewebe verträgt den Contact der Gaze und der Watte nicht, die Hypersecretion durchnässt bald die Verbandmittel; dazu kommen noch die Unregelmässigkeit des Nasenbaues, sowie die Verbindungen der Nase mit der äusseren Luft. Daher kommen die fast regelmässigen Fieberbewegungen nach kleinen Operationen trotz der Anwendung des Galvanocauters. Man soll also die Antisepsis so streng als möglich durchführen.

Digitized by Google

Vor der Operation soll man eine lauwarme alcalische und dann eine antiseptische Nasendouche geben; Verf. wendet Sublimat 1 : 10000 an; nach der Operation sollen alle blutenden Stellen galvanocaustisch gebrannt werden; antiseptische Pulver und Waschungen, keine Tampons sollen angewendet werden. Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Gaumensegelgeschwüre. (Des ulcérations du voile du palais.) Von Dr. Antonin d'Aguano. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9.)

Das „Naturam morborum ostendunt curationes" bleibt oft wahr bei der Differentialdiagnose zwischen tuberculösen und syphilitischen Gaumensegelgeschwüren, trotz Anamnese, Microscopie und Bacterioscopie. Verf. erzählt 2 hierher bezügliche Fälle, welche Pharynxtuberculose waren, trotzdem dass Larynx und Lungen intact waren; in beiden Fällen wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen; es waren keine classisch acuten Miliartuberculosen, auch keine acute Follikeltuberculose, wie Barth sie beschrieben, sondern es war in beiden Fällen die von Ricord und Cornil, Isambert, Julliard, Fraenckel und Barth beschriebene, chronische, im zweiten, ulcerösen Stadium sich befindende und dann der Syphilis sehr ähnliche Form von Pharynxtuberculose; der Allgemeinzustand der Kranken verhilft oft zur Diagnose; wenn Larynx-, Thorax- und Darmerscheinungen fehlen, so kann der Habitus zur Diagnose führen; es sind dies, wenn noch nicht Phthisiker, dann doch Candidaten zur Phthise. Man muss immer bedenken, dass Syphilis auf Tuberculose kommen kann. Verf. kommt zu folgenden, practisch wichtigen Schlüssen: 1) Die Differentialdiagnose stösst oft auf die grössten Schwierigkeiten; 2) auf syphilitischen Geschwüren können sich Tuberkelbacillen einpflanzen; 3) Localbehandlung allein reicht selten aus; 4) manchmal ist man gezwungen, antisyphilitische, innerliche Behandlung neben der localen einzuleiten.
Dr. P. K.

Larynxexstirpation. (Extirpation du larynx.) Von Dr. Demous. (Congrès français de chirurgie, October 1889.)

Operation wegen Epithelioma ausgeführt; seit 2 Jahren und 4 Mon. noch keine Recidive. Allgemeinbefinden gut. Dr. P. K.

Papillom und Larynxtuberculose. (Papillome et tuberculose du larynx.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Congrès international d'otologie et de laryngologie, September 1889.)

Verf. kommt am Ende seines Vortrages zu folgenden Schlüssen: 1) Die tuberculöse Laryngitis kann umschriebene, nicht ulcerirte Tumoren darstellen; 2) die Form von Laryngitis kann primär oder secundär sein; 3) diese Tumoren können unter 2 Formen auftreten; sie können eine unzweideutige tuberculöse Structur haben oder aus typischen Papillomen zusammengesetzt sein; 4) das von der tuberculösen Laryngitis herrührende Papillom kann durch Impfung Tuberculose erzeugen, entweder mittelst des in ihm enthaltenen Koch'chen Bacillus, den man nicht in

Digitized by Google

ihm entdeckt hat, oder durch den an ihm haftenden Schleim; 5) das von Larynxtuberculose herrührende Papillom kann gross, multipel, confluirend sein, oder aber es ist klein, ohne zu confluiren; 6) die Recidive ist in beiden Fällen an der Tagesordnung; 7) die primäre, tuberculöse, mit Tumoren einhergehende Laryngitis kann lange andauern, die Lungen werden sehr spät angegriffen; deshalb kommen solche Fälle selten zur Section; 8) die Behandlung dieser Tumoren ist langweilig, die Heilung selten, aber dennoch möglich; 9) es sind noch pathologisch-anatomische Untersuchungen nothwendig, um den richtigen Zusammenhang zwischen Papillomen und Tuberculose festzustellen. Dr. P. K.

Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels und Larynxtuberculose. (Prolapsus du ventricule de Morgagni et tuberculose du larynx.) Von Dr. Gouguenheim. (Congrès international d'otologie et de laryng. Paris, September 1889.)

Verf. giebt 5 Fälle, welche meist zugleich tuberculös waren; auffallender Weise war der Prolapsus bei allen auf der rechten Seite. Galvanocaustik, energischer Druck mittelst der Sonde, Chlorzink brachten Heilung resp. Besserung. Starke Hustenstösse scheinen die Ursache davon zu sein; länglicher, rother, die ganze Oeffnung des Ventrikels, den freien Stimmbandrand nicht bedeckender Tumor; immer Heiserkeit dabei, welche mit dem Verschwinden des Tumors sich bessert. Die Hustenstösse bringen diesen Prolapsus leichter bei erkrankter Mucosa zu Stande und deshalb erklärt sich auch das Nebeneinanderbestehen des Leidens und der Larynxphthise. Verf. glaubt, dass diese Tumoren häufiger sind, als man gewöhnlich annimmt, und erinnert an die relative Häufigkeit der einseitigen tuberculösen Larynxtumoren, welche alle Zeichen des prolabirten Ventrikels haben und gegenüber einer ganz gesunden Larynxhälfte stehen. Dr. P. K.

Tracheotomie bei Larynxtuberculose. (Trachéotomie dans le laryngite tuberculeuse.) Von Dr. J. B. Okell. (Provincial Med. Journal und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

24jähriger Mann; Puls und Athmung hatten aufgehört. Operation. Künstliches Athmen, Aether, Branntwein während 5 Stunden. Nach einer Woche zeigte das Laryngoscop Phthisis laryngea. Lungen gesund. Allgemeinbefinden gut. Patient geht seiner Beschäftigung nach.
Dr. P. K.

Behandlung der acuten Krankheiten des Rachens mittelst Salol. (Traitement des inflammations de l'isthme du gosier, voile du palais, amygdales et pharynx; angines érythémateuses tonsillaires et pharyngées par l'administration interne du salol.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Revue générale de clinique et de thérapeutique No. 34, 1889 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

Auf 22 Fälle oben genannter Krankheiten gestützt, welehe Kranken alle 3 — 4 Grm. Salol innerlich nahmen, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1) Das Salol wirkt energisch auf alle acuten Halsentzündungen, aus welcher Ursache sie auch entstanden seien; 2) das Salol lindert schnell den Schmerz, die Dysphagie; 3) indem es den Schmerz lindert,

Digitized by Google

kürzt es den Verlauf der eiterigen Angina bedeutend ab; 4) es setzt die Temperatur herab; 5) es verkürzt in allen Fällen den Krankheitsverlauf; 6) unter 4 Grm. soll man nicht geben. Dr. P. K.

Syphilis durch Speichel mitgetheilt. (La syphilis communiquée par la salive.) Von Dr. Carleton. (British med. Journal und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

Die Krankheit wurde durch einen das Tätuiren ausübenden, tertiär syphilitischen Mann übertragen. Der Operateur hatte den Mund in gesundem Zustande, aber die Choanen waren krank und aus einem Nasloch lief eiteriges Secret auf die tätuirten Stellen. Dr. P. K.

Die Durchleuchtung in der Laryngologie. Von W. Freudenthal, New-York. (Medicin. Monatsschrift, November 1889.)

Verf. wiederholte die Versuche Voltolini's mit der Durchleuchtung und modificirte dessen Apparat für den Larynx dahin, dass er 1) die Lichtquelle vergrösserte, 2) das vordere Ende des Apparates aushöhlen liess, damit es sich besser dem Larynx anschmiege und 3) dass er einen Handgriff an der hinteren resp. einer seitlichen Fläche anbringen liess. — Beobachtungen bei Sängern und Empfehlung dieser Methode besonders auch zur Diagnose der Antrum-Empyeme. Autoreferat.

Menthol bei Larynxphthise. (Menthol in Laryngeal-Phthisis.) Von Charles H. Knight, New-York. (The Journal of the Am. Med. Assoc. vom 18. Januar 1890.)

K. behandelte in den letzten 2 Jahren 20 Fälle von Larynxphthise mit Menthol. 5 wurden bis zum Tode beobachtet, und 5 sind noch unter Behandlung. Auf Tuberkelbacillen wurde leider in keinem Falle untersucht. Verf. spricht sich warm für das Menthol aus und empfiehlt dessen Anwendung, ohne jedoch den optimistischen Ansichten A. Rosenberg's vollständig beizupflichten. Er hebt besonders den sedativen Effect des Menthols hervor. W. Fr. (N.-Y.)

Primäre tuberculöse Neubildung im Larynx. (Néoplasie tuberculeuse primitive du larynx.) Von Dr. Dehio. (Petersburger med. Wochenschrift und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

41jähriger Mann, Schlingbeschwerden, Tumor am linken falschen Stimmbande; Laryngofissur, Exstirpation des Stimmbandes; das Microscop zeigte Miliartuberkel. Fieber nach einigen Tagen, die Wunde wurde ulcerös, Tod nach einigen Wochen; ein Beweis, dass ein tuberculöser Tumor den ganzen Organismus inficiren kann; man soll also immer wegbrennen. Dr. P. K.

Larynxfractur. (Fracture du larynx.) Von Dr. Fassel. (Med. News und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

Ein hölzerner Ball schlug fest gegen den Larynx eines Knaben. Blutspeien und Athemnoth; Verlust des Bewusstseins nach einer halben Stunde; nach einer Stunde Cyanose, Erstickungsanfall bei Druck auf den Larynx; Crepitation an beiden Flügeln des Schildknorpels. Tracheotomie,

Digitized by Google

Wohlsein. 3 Stunden nach der Operation Cyanose, Lungenoedem, Tod. Verf. zählt diesen Fall als den 70. in der Literatur beschriebenen und als den 54. Todesfall. Bei allen bisher beschriebenen Todesfällen trat die Catastrophe vor der Tracheotomie ein; hier waren Respiration und Puls normal bis zum Augenblick des Todes. Das plötzliche Aufhören des Herzschlages lässt an eine plötzliche Compression der beiden Vagi am Halse denken. Der angewandte Aether konnte die Ursache nicht sein, auch war kein Herzfehler vorhanden. Dr. P. K.

Die Gastrodiaphanie. (Vorläufige Mittheilung.) Von Max Einhorn, New-York. (Medicin. Monatsschrift, November 1889.)

'Angeregt durch die Arbeiten Voltolini's über die Durchleuchtung des Kehlkopfes etc. versuchte E., auch den Magen zu durchleuchten. Zu diesem Zwecke construirte er einen Apparat, den er Gastrodiaphan nennt. „Derselbe besteht aus einem Nélaton'schen Schlauch, an dessen Ende eine aus Hartglas gebaute, mit einem Kohlenfaden versehene Edison-sche Glühlampe in Metall eingefasst sich befindet, von der aus Leitungs-drähte durch den Schlauch zur Batterie laufen; in einiger Entfernung vom Schlauch befindet sich ein Stromunterbrecher." Der Zweck dieses Apparates ist: 1) die Grösse und Lage des Magens und 2) Geschwülste oder sonstige grobanatomische Veränderungen der vorderen Magenwand zu erkennen. — Demonstration eines Patienten mit Magendilatation folgte diesem Vortrage. W. Fr. (N.-Y.)

---

† Dr. Anton Friedrich Freiherr von Troeltsch

Professor der Ohrenheilkunde, Director der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg, k. bayr. Hofrath

wurde geboren am 3. April 1829 zu Schwabach bei Nürnberg, er starb am 9. Januar 1890. Wir betrauern bei seinem Hinscheiden nicht nur den frühen Tod des um die Entwickelung der Ohrenheilkunde hoch-verdienten Mannes, sondern fast noch mehr den traurigen Umstand, dass die letzten Jahre seines Lebens durch ein qualvolles Leiden getrübt waren, durch welches auch die productive Thätigkeit des unermüdlichen For-schers gehemmt war.

v. Troeltsch hatte seit Beginn seiner medicinischen Studien der Ohrenheilkunde ein besonderes Interesse zugewendet, veranlasst durch einige Fälle von Schwerhörigkeit in der eigenen Familie. Dass er sich später ganz diesem Fache widmete, ist theils dem Einflusse Arlt's, theils der Bekanntschaft mit Wilde und Toynbee zuzuschreiben. Die erste Frucht der intensiveren Beschäftigung mit der Otiatrie war die Anwendung des durchbohrten Hohlspiegels mit kurzer Brennweite zur Beleuchtung von Gehörgang und Trommelfell, welche zuerst im December 1855 im Verein deutscher Aerzte zu Paris demonstrirt wurde.

Im Jahre 1857 liess sich v. Troeltsch in Würzburg nieder. Er erhielt 1861 die venia legendi auf Grund der Habilitationsschrift: „Die Anatomie des Ohres in ihrer Anwendung auf die Praxis und auf die

Digitized by Google

Krankheiten des Gehörorgans" — 1864 wurde er Extraordinarius. Es dürfte hier auch am Platze sein, zu erwähnen, dass die Würzburger medicinische Facultät 1875/76 einstimmig beschloss, die Ernennung zum Ordinarius zu beantragen und dass dieses Vorhaben nur darum nicht ausgeführt wurde, weil v. Troeltsch selbst ablehnte, da er ausser Stande sei, noch Weiteres zu übernehmen.

Bereits in den Reisebriefen an Prof. Arlt (Bayr. ärztl. Int.-Bl. 1856, No. 13 und 14) war bei Erwähnung der Toynbee'schen Sammlung die Wichtigkeit der pathologischen Anatomie für die Ohrenheilkunde betont worden, und dementsprechend war v. Troeltsch unermüdlich mit der Ausbildung der pathologischen Anatomie des Ohres beschäftigt. Seine „Gesammelten Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres und zur Geschichte der Ohrenheilkunde" (1883) würden allein genügen, seinem Andenken eine hohe Stellung in der Geschichte der Ohrenheilkunde zu sichern.

Noch mehr, als durch die Einzelarbeiten des Verstorbenen wurde in ärztlichen Kreisen das Interesse für die Ohrenheilkunde erweckt durch seine grösseren Werke: die „Krankheiten des Ohres" in dem Handbuche von Pitha und Billroth (1866) — „Die Krankheiten des Gehörorgans im Kindesalter" in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten (1880) — und vor Allem durch sein vortreffliches Lehrbuch, welches in dem Zeitraume 1862 bis 1881 sieben Auflagen erlebte. Durch die Begründung des Archivs für Ohrenheilkunde (1864) im Verein mit A. Politzer in Wien und H. Schwartze in Halle wurde ein Mittelpunkt für die Bestrebungen der deutschen Otiatriker geschaffen.

Der Einfluss v. Troeltzsch's war nicht auf Deutschland beschränkt. Welche berechtigte Freude muss es ihm bereitet haben, der sich einst in England die Ueberzeugung holen musste „von der weiteren Entwickelungsfähigkeit dieser bei uns im Ganzen so wenig gepflegten Branche", dass seine Werke in fast alle europäischen Sprachen übersetzt wurden — wenn er sah, wie allenthalben die Otiatrie mächtig emporblühte, denn er konnte sich sagen: et quorum pars magna fui.

Kiesselbach-Erlangen.

X. internationaler medicinischer Congress. Berlin 1890.

Einladung

zur Theilnahme an den Verhandlungen

der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Das vorbereitende Abtheilungs-Comité ladet zur Theilnahme an den Verhandlungen ein und veröffentlicht gleichzeitig das vorläufig festgestellte Progromm der Abtheilungsverhandlungen. Etwaige weitere Vorschläge, sowie Anmeldungen von Vorträgen oder Demonstrationen wolle man recht bald an das Comité gelangen lassen.

Alle die Abtheilung betreffenden Zuschriften wolle man an das geschäftsführende Mitglied Prof. B. Fränkel, Berlin NW., Neustädtische Kirchstr. 12, andere Mittheilungen an das Bureau des Generalsecretärs Dr. Lassar, Berlin NW., Karlstr. 12 richten.

Digitized by Google

Vorläufiges Programm
der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Ansprache bei Eröffnung der Section: Die Laryngologie seit dem letzten internationalen Congress 1887.
B. Fränkel-Berlin.

1. Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses.
Referenten: Henry T. Butlin-London.
J. Gottstein-Breslau.
2. Deviationen und Cristae des Septum narium.
Referenten: J. Moure-Bordeaux.
A. Hartmann-Berlin.
3. Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.
Referenten: P. Mc Bride-Edinburg.
Ph. Schech-München.
4. Syphilis der oberen Luftwege.
Referenten: L. Schrötter-Wien.
George M. Lefferts-New-York.
5. Acute infectiöse Entzündungen des Pharynx und Larynx.
Referenten: F. Massei-Neapel.
Mor. Schmidt-Frankfurt a. M.
6. Im Verein mit der pädiatrischen Abtheilung: Intubation.
Referent: O'Dwyer-New-York.

Den anderen Referenten ernennt die pädiatrische Section.

Die angemeldeten Vorträge werden später veröffentlicht werden.

III. Inserate.

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Handbuch
der
Ohrenheilkunde.
Für Aerzte und Studirende.
Von
Dr. Wilh. Kirchner,
Professor der Ohrenheilkunde und Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg.

Dritte Auflage.
Mit 41 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis geh. M. 4.60, geb. M. 5.80.

In dieser neuen Auflage, welche kaum zwei Jahre nach Erscheinen der zweiten nöthig wurde, hat der Verf. wiederum mehrfache Aenderungen vorgenommen und Zusätze gemacht. Die Kapitel über Otitis externa und Otitis media suppurativa wurden wesentlich umgearbeitet und erweitert und in der Eintheilung des Stoffes der besseren Uebersichtlichkeit halber Einiges geändert.

Berlin, März 1890.

Friedrich Wreden.

Digitized by Google

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Soeben erschien:

Dr. Kurd Bürkner,

a. o. Professor der Medicin und Director der Universitäts-Policlinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen,

Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells.

14 Tafeln, enthaltend 84 Bilder chromolithographirt nach Originalskizzen des Verfassers.

Zweite wesentlich verbesserte Auflage.

Preis: 10 Mark.

Tölz-Krankenheil, 2 Stunden von München. **Jodhaltige Quellen.**

Indicationen: **Frauen-Hautleiden, Scrophulose, Lues, Drüsenschwellungen.**
Brochuren und Auskunft von **Dr. Letzel,** Badearzt.

INHALT.

I. Originalien: v. Stein: Resorcin in Verbindung mit Cocain bei Ohrenkrankheiten. — Kafemann: Anatomisches und Therapeutisches über den Fornix pharyngis. — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand. (Fortsetzung.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Schultze: Taubstummheit und Meningitis. — b) Rhinologische: Poelchen: Zur Anatomie des Nasenrachenraumes. — Mathiesen: Starker wässeriger Nasenausfluss nach einem Fall auf den Kopf. — Melle: Die Bacillen des Rhinosclerom. — Ruault: Spasmus glottidis mit nasaler Ursache. — Harkin: Nasenbluten-Behandlung durch Gegenreiz auf die Lebergegend. — Alvin: Einspritzen heissen Wassers gegen Nasenbluten. — Strazza: Seltener Tumor der Nasenscheidewand. — Wagnier: Modification in der Anwendung der galvanischen Schlinge bei Entfernung der hinteren Nasenpolypen. — Predborsky: Nasenleiden, Aphonie und Dyspnoe bedingend. — Hinde: Rhinolithiasis. — Garel: Ein Fall von Rhinolithis. — Masini: Ein Stein in der rechten Nase. — Roe: Zusammenhang des Heufiebers mit den Nasenkrankheiten. — Couëtoux: Klinische Studie über die adenoiden Tumoren des Nasenrachenraumes. — Rice: Antisepsis in der Nasenchirurgie. — c) Pharyngo-laryngologische: d'Aguano: Ueber Gaumensegelgeschwüre. — Demous: Larynx-Exstirpation. — Gouguenheim: Papillom und Larynxtuberculose. — Gouguenheim: Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels und Larynxtuberculose. — Okell: Tracheotomie bei Larynxtuberculose. — Gouguenheim: Behandlung der acuten Krankheiten des Rachens mittelst Salol. — Carleton: Syphilis durch Speichel mitgetheilt. — Freudenthal: Die Durchleuchtung in der Laryngologie. — Knight: Menthol bei Larynxphthise. — Dehio: Primäre tuberculöse Neubildung im Larynx. — Fassel: Larynxfractur. — Einhorn: Die Gastrodiaphanie. — † Dr. Anton Friedrich Freiherr von Troeltzsch. — X. internationaler medicinischer Congress. Berlin 1890. Einladung zur Theilnahme an den Verhandlungen der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie und Vorläufiges Programm für diese Abtheilung. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, April 1890.** **No. 4.**

I. Originalien.

Resorcin in Verbindung mit Cocain bei Ohrenkrankheiten.

Von

Stanislaus von Stein in Moskau.

(Schluss.)

Dr. Adelheim's klinische Beobachtungen wurden im Jahre 1888 experimentell durch eine grosse Reihe von Versuchen an Menschen und Thieren durch die Dissertation von Dr. Eug. Turewitsch[14]) bestätigt und durch viele neue Beobachtungen reichlich ergänzt.

Zu seinen Experimenten wählte Turewitsch folgende Partien des Körpers:

1) Den Bindehautsack des Menschen (Eserini sulfur. und Pilocarpini muriatici 1 : 120; die vierfachen Dosen von Eserin allein wirken bedeutend schwächer, als eine einfache Dose in Verbindung mit Cocain).

2) Die unverletzte Froschhaut der hinteren Extremitäten, welche nach vorherigem einminutigen Cocainbade (1 pCt.) in eine Strychnin- (Strychnin. nitric. 0,05—0,025 pCt.) oder Convallamarinlösung (1 pCt.) für 2 Minuten

[14]) Eug. Turewitsch: „Ueber den Einfluss des Cocains auf die Resorption". Eine experimentelle Untersuchung aus dem pharmacologischen Laboratorium von Prof. P. P. Suschinsky in St. Petersburg. 1888. — Eine interessante und lesenswerthe Arbeit.

Digitized by Google

eingetaucht wurden. Bei den cocainisirten Extremitäten trat viel schneller der Tetanus ein.

3) Das Rectum des Hundes; beim Cocainisiren des Darmes beobachtete man viel früher die Nicotinvergiftungserscheinung.

4) Die Mundhöhle des Hundes, mit Unterbindung der Speiseröhre. 0,5 Milligrm. pro Kilo bewirkte nur schwache Vergiftungserscheinungen nach 19 Min., die nach 1½ Stunden verschwanden. Dieselbe Dose nach vorherigem Cocainisiren verursachte die Reflexerhöhung nach 8 Minuten; nach 15 Minuten trat ein allgemeiner Tetanus ein.

5) Das Unterhautzellgewebe von Hunden ergab dieselben Resultate (Strychnin. nitr. 0,48—0,28 Milligramm pro Ko. und Atropin).

Also in allen seinen Experimenten beobachtete Turewitsch, dass die vorhergehende Anwendung des Cocains die Resorption der darauf eingeführten Mittel begünstigte. Er gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Das Cocain (Cocainum muriatic. Merck) erhöht die Resorptionsfähigkeit wie der Schleimhäute, so auch der anderen Gewebe;

2) diese Cocainwirkung ist eine locale;

3) diese Wirkung tritt zugleich mit der bekannten anaesthesirenden Eigenschaft des Cocains auf;

4) an hyperaemirten Geweben manifestirt sich dieselbe viel schärfer;

5) zur Erzeugung dieser resorptionbegünstigenden Wirkung des Cocains genügen schon kleine pharmacologische Dosen desselben.

6) Der Grund dieser Wirkung des Cocains liegt in der immer auftretenden Verengerung der Gefässe (nach den Beobachtungen von Vulpian 1885, Tumas 1879, Tarchanow 1882, Botkin 1860 [Dissert.], Samuel 1879), zu der an den Schleimhäuten noch die darauf folgende Verminderung der Secretion sich hinzugesellt.

Was das Ohr anbetrifft, so beweisen Beobachtungen am Krankenbette, dass eine Resorption der Medicamente auch beim imperforirten, relativ normalen, besonders aber beim hyperaemirten und entzündeten Trommelfelle stattfindet. Einträufelungen von Cocain- und Morphiumlösungen bedingen eine Herabsetzung oder ein Schwinden der Schmerzen. Dabei hat man die Gelegenheit, bei einigen Personen sogar schwache Intoxicationserscheinungen (Uebelkeit, Ohnmachtsanfälle, schwachen Puls, bleiche Gesichtsfarbe u. s. w.) zu beobachten. Bei denselben Kranken — experimenti causa — führten Eingiessungen von lauwarmem Wasser, Glycerin und Resorcinlösungen zu negativen Resultaten. Andere Patienten verfielen regelmässig in einen tiefen Schlaf oder bekamen Schwindel mit Erbrechen und Gleichgewichtsstörung. Nach Einträufelungen von Pilocarpinlösungen, sogar bei nicht hyperaemirtem Trommelfelle, klagten einige Patienten über schweren Kopf, Schwindel, manches Mal über Salivation und einen sehr unbehaglichen Allgemeinzustand.

Experimente an Hunden, bei denen ich die Resorptionsfähigkeit des Trommelfells studiren wollte, ergaben nach Installation von Strychnin- (1 procentig) und Atropinlösungen (2 procentig) ein negatives Resultat; vielleicht war in diesen Fällen das Quantum der absorbirten Alcaloidlösung zu gering, um allgemeine Vergiftungserscheinungen zu bedingen. In Folge dessen nahm ich meine Zuflucht zur Anilinfarbe. Vor der Eingiessung einer Gentianlösung wurde das Ohr mit schwacher Boraxlösung

Digitized by Google

ausgespritzt, um den Gehörgang und das Trommelfell von einer cerumenähnlichen Substanz, welche ein völliges Abprallen der eingeträufelten Flüssigkeit verursachte, zu befreien. In diesem Falle konnte ich durch die aufgebrochene Bulla eine Färbung des Trommelfells und der Gefässe am Annulus tympani beobachten. Ganz gewiss hatte hier die Boraxlösung ein Aufquellen der Epidermis bedingt und dadurch die Resorption des Farbstoffes beschleunigt. Derselben Auflockerung der Epidermis begegnen wir auch beim entzündeten Trommelfelle mit gleichzeitiger verminderter Cerumenausscheidung. Ueberhaupt sind fernere Experimente in dieser Richtung wünschenswerth.

Ich verschreibe die Cocain-Resorcinlösung nach folgender Formel und dabei stets in kleinem Quantum, um jedweder Verschimmelung aus dem Wege zu gehen:

Rp. Aqu. destill. 10,0,
Resorcini 0,1,
Cocaini hydrochlorici Merck 0,2—0,5.

Im Falle von Schmerzen wird durch Hinzufügung von
Morphii hydrochlorici . . 0,01—0,05
die anaesthesirende Cocainwirkung verstärkt und dauerhafter gemacht. Diese Verbindung gebrauche ich bei Kindern, wie auch bei Erwachsenen. Ein paar Tropfen dieser Lösung werden am besten in einem Theelöffel gelinde, niemals aber bis zum Siedepunkte erwärmt[15]).

Die in den Gehörgang eingeträufelte Flüssigkeit bleibt dort von 5—15 Minuten 2—4 Mal täglich je nach der Individualität des Kranken und des Falles. Bei kleinen Kindern, die dabei oft schreien, wird die Installation im Schlafe vorgenommen. Darauf muss man unbedingt die Tropfen entfernen, welche beim längeren Verweilen meistentheils ungünstig auf den Localprocess einwirken. Das letztere Ziel wird ganz leicht erreicht durch hygroscopische Baumwolle, die man am einfachsten auf ein Zündhölzchen in Form eines zolllangen, weichen, nicht zu dicken, kegelförmig zugespitzten Cylinders fest aufwickelt. Die auf diese Weise geformte Baumwolle wird zart, aber ganz tief in den Gehörgang ohne Rotationsbewegungen eingeführt und eine Weile dort gehalten; diese Procedur, welche man den Kranken in seiner Gegenwart ein Mal wiederholen lässt, wird 2—3 Mal vollführt. Hierbei ist es nicht zu befürchten, dass durch das Einführen und leise Berühren des Trommelfelles eine Verschlimmerung der Hyperaemie stattfinden wird, da wir wissen, dass nach Cocaineinwirkung bei Sondenberührung keine Gefässinjection stattfindet (Moure und Baratoux).

Da bei einigen Kranken nach öfteren Einträufelungen ein Jucken und sogar Eczem des Meatus aud. ext. entsteht, so lasse ich jedes Mal vor und nach dem Eingiessen die Muschel und den äusseren Theil des Gehörganges einsalben (Rp. Lanolini, Vaselini flavi puri āā 5,0, Hydrar-

---

[15]) Ralph. Stockmann (Edinburgh. Report on the coca alcaloide. From Reports to the Scientiffc Grants Committee of the British Medical Association. The British Medical Journal 1889, pag. 1043) hat gezeigt, dass das Cocain beim Erwärmen mit Wasser sich in Benzoilecgonin und Methylalcohol spaltet, wodurch es also seine eminente Eigenschaft, pathologische Producte zu resorbiren, einbüsst.

Digitized by Google

gyri bichlorati corr. 0,01; oder Lanolini, Vaselini flavi puri āā 5,0, Zinci oxydati 1,0, Acidi borici subtilissime pulv. 0,5; oder Ungt. diachylon Hebrae Lanolini āā 5,0, Acidi borici subtilissimi pulv. 1,0). Diese Vorsichtsmaassregel ist besonders in denjenigen Fällen, wo schon ein Eczem vorhanden ist, zu gebrauchen. Und dennoch begegnet man Patienten, die Instillationen, sogar von einfachen Cocainlösungen, Wasser oder Oel, gar nicht vertragen: die Muscheln werden sogleich roth und schwellen an. Gegen Jucken wende ich Lapislösungen (1—5procentig) an.

Und nun möchte ich den Verlauf der Ohrenleiden, welche ich in den letzten 3½ Jahren fast ausschliesslich mit Cocain-Resorcin-Morphiumlösungen sehr oft mit auffallend glänzendem Resultate behandelt habe, schildern:

A. Ohrenleiden ohne Trommelfellperforation.

1) Aus dem Ohre ist ein Insect oder ein Fremdkörper extrahirt. Dabei beobachtet man öfter eine Gefässinjection in der Gegend der Membr. Shrapnelli und dem Hammergriffe entlang; nicht selten ist das ganze Trommelfell hyperaemirt und von Reizerscheinungen begleitet. In diesen Fällen verhält man sich ganz passiv, indem man das Ohr nur durch ein Stückchen Baumwolle schützt. Nur bei fernerer Verschlimmerung nimmt man seine Zuflucht zur antiphlogistischen Methode. Hier genügen in der Regel einige lauwarme Instillationen von Coc.-Res., um dem Trommelfelle sein normales Aussehen zu verleihen.

2) Bei Myringitis acuta, wo die Behandlung während des Stadiums der Reaction eine palliativ-exspectative ist, erhält man immer eine prompte Heilung durch Cocain-Resorcin-Morphium.

3) Otitis med. acut. catarrhal. wird fast in allen Fällen coupirt (Coc.-Res.-Morph.). Besonders auffallend ist die Wirkung bei Kindern: es genügt oft eine einzige Eingiessung, um sie von Schmerzen zu befreien. In ein paar Tagen bekommt das Trommelfell sein normales Aussehen, wenn es nicht früher schon milchig getrübt war. In einigen Fällen, wo es schon zur Exsudation kam, resorbirte sich dieselbe allmählig unter dem Einflusse der Tropfen ohne Luftdouche oder Catheterismus. In den letzten 3 Jahren habe ich es mir zur Regel gemacht, dieses Verfahren in allen Fällen nur nach dem Verschwinden der Reizerscheinungen anzuwenden, nachdem das Trommelfell gewöhnlich sein normales Aussehen und sogar seine normale Lage ohne merkliche Hörverbesserung angenommen hat. Hier genügt grösstentheils eine einmalige Luftdouche resp. Catheterismus, um das Gehör herzustellen und benutze ich in Folge dessen die Lufteintreibung als ein methodisches Heilverfahren in den letzten 3 Jahren nicht mehr. Es sind aber auch hier Ausnahmen. — Dieselben günstigen Resultate bei Ot. med. catarrh. sub. mit Hervorbauchung des Trommelfelles im oberen hinteren Quadranten.

4) Das acute Stadium der Mittelohrentzündung ist verlaufen, aber das imperforirte Trommelfell ist trübe, verdickt, an der Peripherie roth; die Configuration des Hammers ist nicht sichtbar oder kaum bemerkbar, Ohrensausen, Schwere, Gehörschwäche etc. Im Allgemeinen werden diese Fälle mit Lufteintreibung während mehreren Wochen, sogar Monaten behandelt und oft mit wenig befriedigenden Resultaten. In der grössten Mehrzahl der Fälle erzielte ich mit Res.-Coc. — je nach der Dauer des Leidens —

Digitized by Google

die befriedigendsten Erfolge. Tag für Tag, in den einen Fällen schneller, in den anderen langsamer, kann man die Besserung subjectiver und objectiver Symptome verfolgen.

5) Bei Ot. med. catarrh. chron. im Anfangsstadium, wo man noch nicht mit dem sclerosirten Bindegewebe zu thun hat, beobachtet man öfter, besonders bei Kindern mit adenoiden Vegetationen, eine Hörverbesserung mit Stillstand des progressiven Processes. In den Fällen, wo durch das normale oder leicht opake Trommelfell die entzündete Schleimhaut des Promontoriums durch einen Rosaschimmer wahrgenommen wird, erhielt ich fast immer einen günstigen Erfolg, indem der progressive Process hintan gehalten oder verlangsamt wurde. In den vorgeschrittenen Fällen mit Adhaesionen und Schrumpfung des Bindegewebes beobachtete ich stets ein negatives Resultat für die Hörverbesserung und nur manches Mal Schwinden oder Erleichterung der subjectiven Erscheinungen. Niemals hatte ich Gelegenheit, die geringste Erleichterung denjenigen Kranken, sogar in recenten Fällen, zu schaffen, welche eine Dampfinsufflationscur verschiedener Medicamente durchgemacht haben.

Bessere Resultate erzielte ich hier mit Res.-Coc.(-Morph.)-Injectionen per tubam. Hier muss ich bemerken, dass ich nach Injectionen von ein paar Tropfen einer 5procentigen Cocainlösung keine objectiven Reizerscheinungen am Trommelfelle merkte. 1procentige Resorcinlösung, allein für sich in die Paukenhöhle injicirt, verursacht, wenn auch schwache, Reactionserscheinungen. In Verbindung mit Cocain blieben dieselben aus. Diese Thatsache findet ihre Erklärung in der Resorption begünstigenden Eigenschaft des Cocains, Dank welcher das Wasser und Resorcin, ehe sie noch ihre reizende Wirkung entfaltet haben, aus der Paukenhöhle aufgesogen werden. Auf Grund dieser Erwägung ist es erlaubt, zu denken, dass das Cocain allein oder in Verbindung mit anderen Arzneistoffen eine hervorragende Stellung in der Behandlung von Ohrenleiden einnehmen könnte.

6) Eine Otitis wird nicht coupirt. Das Fieber und die Schmerzen dauern fort. In diesen Fällen paracentesire ich das Trommelfell, was bald eine Erleichterung schafft, und setze nur die Einträufelungen fort, wenn kein Ohrenfluss sich hinzugesellt. Beim Uebergang der Entzündung auf den Warzenfortsatz wird der Leiter'sche Kühlapparat auf's Ohr applicirt.

7) Durch eine Ohrfeige oder durch ein unvorsichtiges Kratzen im Ohre verursachte Ecchymosen und Blutextravasate im Trommelfelle verschwinden schnell ohne Alteration des Gehörs.

B. Ohrenleiden mit perforirtem Trommelfelle.

8) Otitis med. acut. pur. Kommt es bei dieser Form (Res.-Coc.-Behandlung) zum Durchbruch, so ist die Perforationsöffnung stets klein und in den unteren Quadranten gelegen. Hier verwende ich eine combinirte Kur. Erst wird das Ohr gut ausgespritzt mit Borsäure (1 Theelöffel auf ein Glas lauwarmen Wassers). Am zweckmässigsten ist es, das Ende der Spritze mit einem 3 Mm. dicken und $1^1/_2$ Zoll langen Gummischlauche zu armiren. Man könnte auch mit Resorcinlösung ausspritzen, aber das ist zu kostspielig. Darauf entfernt man mit hygroscopischer Baumwolle

Digitized by Google

die Flüssigkeit. Nun träufelt man die Res.-Coc.(-Morph.)-Lösung für 5—15 Minuten ein. Von Neuem trocknet man das Ohr. Endlich werden Muschel und Gehörgang eingesalbt. In der grössten Mehrzahl der Fälle hört die Eiterabsonderung zwischen dem 10.—15. Tage in uncomplicirten Fällen auf. Sobald dieses geschehen ist, so vollendet man die Kur, die manches Mal von 4—6 Wochen dauert, durch Einträufeln. Zeitweise wird die Lufteintreibung geübt. Fast in allen Fällen erzielt man eine Herstellung des Gehörs. Diese auf den ersten Blick zeitraubende Methode leistet immer gute Dienste. Ich bin der Meinung, dass man immer dasjenige Heilverfahren vorziehen soll, welches, wenn auch langsam, doch sicher die Functionsfähigkeit des kranken Organs herstellt.

Was die Mittelohrentzündung bei Scharlach und Masern anbetrifft, so ist meine Erfahrung gegenwärtig noch nicht gross. Eines aber habe ich bemerkt, dass, wenn die Einträufelungen von Cocain-Resorcinlösung frühzeitig, d. h. bevor eine Ohrenentzündung sich manifestirt, verordnet werden, man keine zu grosse Destruction mit Schwächung des Gehörs erhält. Es versteht sich von selbst, dass bei einer zur rechten Zeit vorgenommenen Paracentese man noch auf einen günstigen Erfolg rechnen kann.

9) Otitis med. chron. perfor. Behandlung: 1) Ausspritzen mit Borsäure; 2) Auswischen: 3) Res.-Coc.(-Morph.); 4) Auswischen; 5) Einsalben.

a) Otitis ohne Eiterabsonderung in nicht zu alten Fällen, wo man an der Schleimhaut und am Trommelfelle Reizerscheinungen beobachtet. Meistentheils eine Besserung objectiver und subjectiver Symptome.

b) Otitis ohne Eiterabsonderung, aber mit ganz blassem Trommelfelle und blasser Schleimhaut. Grösstentheils ein negatives Resultat mit Schwindel, und manches Mal Hörverschlechterung.

c) Otitis mit Eiterabsonderung und Granulationen. Die letzteren verschwinden nicht selten ohne Aetzungen.

d) Otitis purul. und grosse Perforationsöffnung; das Leiden dauert viele Jahre. Jede Verminderung der Eiterabsonderung durch Res.-Coc. verursacht sogleich eine Hörverminderung. Diese ganz eigenthümlichen Fälle überlasse ich zur Zeit ihrem Schicksale, da auch andere Mittel eine Verschlimmerung zur Folge haben.

e) Nach dem Aetzen von Polypen träufele ich jedes Mal die Tropfen ein, um die Reactionserscheinung zu vermindern.

Aus den oben angeführten Fällen kann man den Schluss ziehen, dass die Hauptindication zum Gebrauche von Res.-Coc. hyperaemische Erscheinungen sind.

Anatomisches und Therapeutisches über den Fornix pharyngis.

Von

Dr. **R. Kafemann** in Königsberg.

(Schluss.)

Aa. Rec. fibrosus mit dünner Schleimhaut ohne Cysten.

Diese Fälle sind stets verbunden mit tonsillärem, überdachten, tunnelförmigen Recessus. Der Inhalt besteht aus gallertiger, beide Recessus ausfüllender, event. herausfliessender Masse, oder es findet sich nur eine geringe, rein schleimige oder schleimig-eitrige Absonderung.

Digitized by Google

Ab. Rec. fibrosus mit dünner Schleimhaut und mit Cystenbildung.

Auch hier häufig tonsillärer Recessus, der seinerseits verschiedenartigen Inhalt zeigen kann. Ich zähle 14 derartige Fälle. Die Rec. fibrosi sind ausgefüllt mit Cysten, deren Grössenverhältnisse bedingt werden durch die Entwickelung des Rec. fibrosus. Die Grösse einer stattlichen Erbse wurde nie überschritten. Ein besonders interessanter, photographisch in 4 verschiedenen Präparationsstufen fixirter Fall bot nach vorhergehender Härtung folgendes eigenartige Verhalten dar: Nach völliger Beseitigung des nur wenige Millimeter dicken adenoiden Stratums fand ich den Rec. fibrosus mit einer erbsengrossen, kreisrunden Cyste ausgefüllt. Nach deren Herausnahme kam in der Tiefe, nur durch eine überaus feine fibröse Schicht vom Knochen getrennt, eine zweite, von der ersten vollkommen abgeschlossene, etwas kleinere Cyste zum Vorschein, welche einerseits einen spitzlappigen, flachen, der Basis angehörenden Fortsatz nach hinten aussandte, andererseits mit einem solchen in das Os occipitis nach vorn zu sich einbohrte. Die Cyste liess sich leicht in toto mit einer Pincette herausheben. Sie stellte einen Kegel dar, dessen 3 Mmtr. im Durchmesser betragende Basis der oberflächlichen, gleichfalls in der Massa fibrosa gelegenen Cyste gewissermaassen zum Fundamente diente, dessen $3^1/_2$ Mmtr. von der Basis entfernte, nach dem Os occipitis gerichtete Spitze in den Knochen selbst eingebohrt war. Die Spitze selbst zeigte, $2^1/_2$ Mmtr. von der Basis entfernt, eine ringförmige Abschnürung, welche eben deutlich die Grenze zwischen Massa fibrosa und Knochen markirte.

Ob nicht vielleicht Luschka einen derartigen Fall vor Augen gehabt hat, als er von einem oberen, verjüngten, mehrfach abgeschnürten Ende der Bursa sprach? Ich betone noch einmal gegenüber Herrn Siebenmann, dass diese Cysten, wie alle zu dieser Gruppe gehörenden, nicht etwa auf der Massa fibrosa lagen in den tiefsten Schichten des adenoiden Gewebes, sondern innerhalb der Massa fibrosa, ja zum Theil im Knochen selbst.

Ba. Rec. fibrosus mit starker Schleimhautentwickelung ohne Cysten.

Solcher Fälle beobachtete ich nur wenige. Abgesehen von feinen Transversalschnitten, kann man diesen Formen auf einfache Weise näher treten, wenn man parallel zum Knochen den starren Wall der fibrösen Masse in feinen Lagen abträgt. Man erkennt mit leichter Mühe, wie der fibröse Defect senkrecht hinunter bis zum Knochen strebt, und wie die Schleimhaut, diesem folgend, gewissermaassen am Knochen selbst sich inserirt.

Bb. Rec. fibrosus mit starker Schleimhautentwickelung und mit Cystenbildung.

Ich begegnete nur zweien solcher interessanten Bildungen. Beide Fälle — sie betrafen gehärtete Objecte — glaubte ich anfänglich der Gruppe Ba. zuweisen zu können. Nach wenigen Parallelschnitten zeigten sich hirsekorngrosse Cysten, welche den hinteren grösseren Abschnitt des Schleimhautpolsters einnahmen, während der vordere Theil unverändert erhalten

Digitized by Google

war. In den tieferen Lagen stellte sich Gruppe B a. wieder her. Der eine dieser Fälle zeigt in der photographischen Fixirung ausgezeichnet das besprochene Verhalten.

Wie wir sehen, gewähren schon Palpation und sorgfältiges Präpariren eine nicht geringe Einsicht in diese eigenartigen Verhältnisse. Fertigt man sich ausserdem noch nach der Methode von Poelchen Transversal- und Sagittalschnitte durch den Knochen (Taf. III), so stellt sich eine Uebersicht her, aus welcher denn freilich der richtige und reine Begriff der „Bursa" entspringen muss.

Dieselbe als tonsilläre und fibröse Bursa zusammengefasst, findet sich ausschliesslich in der eng begrenzten Region des Rec. phar. med. tonsillaris, niemals lateralwärts gerückt. Sie ist als ein specifisches Attribut der Medianfurche zu betrachten und verleiht derselben einen Sondercharacter, der dieselbe anatomisch vor den übrigen Theilen des Rachendaches auszeichnet und deshalb eine specielle klinische Würdigung nicht nur gestattet, sondern sogar in hohem Grade wünschenswerth macht. Noch grösser wird der Zwang, wenn wir die Beziehungen des Knochens zum Recessus fibrosus einer genaueren Betrachtung unterziehen. Poelchen hat unter 630 Schädeln der hiesigen Sammlung in 62,3 pCt. der Fälle an der Basis des Corpus ossis occipitis eine „deutlich demonstrable Fovea pharyngea mit oder ohne Foramen coecum" nachzuweisen vermocht. Meine Fälle gewähren ein annähernd gleiches Procentverhältniss. Dass W. Gruber's Ziffern bedeutend geringer ausfielen, ist auf Rechnung des Umstandes zu setzen, dass Gruber Foveola infundibuliformis (posterior, vera media, anterior) nennt, was Poelchen mit Foramen coecum bezeichnet. Jene zahlreichen seichten, dem Recessus fibrosus entsprechenden, kahnförmigen Eindrücke hat Gruber offenbar nicht registrirt. Diese „Foveolae infundibuliformes" sind nur imponirende Steigerungen unserer „Foveae pharyngeae". Bei meinen Fällen konnte ich folgendes Verhalten constatiren: Einem deutlich ausgesprochenen ovalen fibrösen Recessus entspricht gewöhnlich eine mehr oder weniger tiefe kahnförmige Vertiefung im Knochen, ein

Recessus pharyngeus osseus.

Sechs Mal fand ich ein deutlich ausgesprochenes Foramen coecum. Bei einem der unter Gruppe B b. besprochenen Fälle betrug der Durchmesser dieses annähernd kreisrunden Foramen 3 Mmtr., seine Tiefe 2 Mmtr. Letztere wurde durch 4 im Grunde zum Vorschein kommende Foramina en miniature stellenweise noch etwas vergrössert. Zwei derselben waren blind, die übrigen grösseren enthielten je ein kleines Gefäss, dessen klaffendes Lumen mit unbewaffnetem Auge deutlich zu erkennen war. Eine sorgfältige Präparation zeigte, dass die Schleimhaut in diesen Recessus osseus sich hineinsenkte, wodurch denn freilich, von der Oberfläche der Schleimhaut an gerechnet, ein weit über 1 Ctm. betragender Kanal zu Stande kam.

Diese anatomischen Darlegungen, welche die viel umstrittene Bursa in einer Weise bestimmen, dass eine fassliche Begrenzung derselben entsteht, ermöglichen auch eine Förderung der practischen Seite der Frage, nämlich die Therapie jener häufigen, im Recessus tonsillaris und fibro-

Digitized by Google

sus, event. auch osseus, localisirten Erkrankungen. Der veränderte und erweiterte Wissensbesitz wird in dieser wichtigen Hinsicht uns keineswegs im Stiche lassen.

Therapeutische Schlussbemerkungen.

Ich habe mein Löffelchen construiren lassen, um in bequemer Weise den tonsillären Rec. ph. med. bei anscheinend völlig glatter, leistenfreier Schleimhaut von pathologischen Secretanhäufungen zu reinigen, damit dem Höllenstein ein wirksamer Zugang zu den erkrankten Wänden ermöglicht würde. Ich benutze den Löffel auch häufig dort mit Erfolg, wo die sorgfältigste Sondirung, häufige Speculirung bei Sonnenlicht kein Orificium erkennen lassen. Ein kräftiger Eindruck mit dem Löffel, ein energischer Zug nach der Hinterwand legt in solchen Fällen häufig den oft 1 Ctm. tiefen tonsillären Recessus frei (Taf. III), und es treten die Secrete zu Tage. Liegen unbestimmte Beschwerden über „Verschleimung hinter der Nase" vor, so suche ich mir stets, selbst in jenen Fällen, bei denen gröblich in die Augen fallende Gewebsveränderungen sowohl als auch spiegelgerecht nachzuweisende Störungen der Schleimsecretion fehlen, den Rec. ph. med. zugänglich zu machen, ätze in sehr circumscripter Weise mit Höllenstein und erziele oft schon nach wenigen Tagen einen überraschenden Erfolg. Die Durchmesser der Löffel variiren von 2—6 Mm. Sind selbst geringe mediane Leisten vorhanden, so fasse ich dieselben unter Spiegelbeleuchtung mit dem Michael'schen Hohlmeissel, der vorzüglich in den Rec. sich hineinschmiegt, und quetsche sie von der Massa fibrosa herunter.

Moritz Schmidt, in dessen Händen sich mein Löffelchen sehr bewährt hat, theilte mir liebenswürdiger Weise bereits am 15. Mai 1889 brieflich mit, dass, wenn erhebliche Leisten vorhanden wären, er dieselben mit dem Trautmann'schen Löffel unter Spiegelbeleuchtung herunterschabe. Wenn Herr Siebenmann dazu den Gottstein'schen Schaber empfiehlt, so habe ich nichts dagegen. Er möge nur nicht prätendiren, damit bei fast glatter, mit nur winzigem adenoiden Relief versehener Schleimhaut dem Rec. phar. med. fibrosus beikommen zu können. Das ist eine anatomische Unmöglichkeit. (Taf. III.) Ganz besonders lehrreich war mir ein von M. Schmidt mit dem scharfen Löffel operirter Fall, der mir zur weiteren Behandlung wegen noch bestehender Borkenbildung am Fornix überwiesen wurde. Trotzdem jede Spur von macroscopisch nachweisbarem adenoiden Gewebe beseitigt war, war ein mit zähem Schleim erfüllter tiefer Rec. fibrosus zu sehen und mit der Sonde abzutasten. Eine einmalige Aetzung mit Höllenstein brachte wesentliche Erleichterung. Was hätte in diesem Falle und in den so zahlreichen ähnlichen Fällen wohl Herr Siebenmann mit dem voluminösen Schaber noch abkratzen können? Dagegen konnte mein kleinstes Löffelchen tief in den Rec. hineingeführt werden. Für die Erkrankungen des fibrösen und knöchernen Recessus erachte ich deshalb mein feinstes Löffelchen (2 Mmtr.) als die einzig berechtigte Heilwaffe.

Da die Configuration des Stabes entsprechend jeder individuellen anatomischen Eigenthümlichkeit verändert werden kann, ist die Anwendung eine recht bequeme. Jede Gefahr einer Blutung ist ausgeschlossen, wenn man sich darauf beschränkt, das Löffelchen mit leichter Hand, wie

Digitized by Google

eine Schreibfeder geführt, in den fibrösen Recessus hineinzuzwängen und mittelst leichter Drehungen die denselben auskleidende Schleimhaut oberflächlich zu zerstören. Der hierauf applicirte Höllenstein wird in wirksamer und ungefährlicher Weise die Zerstörung vollenden.

Es liegt mir nur noch ob, darzulegen, weshalb ich die von Tornwaldt in derartigen Fällen mit so rühmlichem Erfolge benutzte Galvanocaustik für nicht angebracht erachte.

Die Wirkungen der Glühhitze sind in dieser, der Augencontrole entrückten Region, wie Tornwaldt schon hervorhebt, gar nicht genau zu berechnen. Ist zumal ein tiefer Recessus osseus vorhanden, — und es finden sich, wenn auch vereinzelt, enorme, den Knochen stark verdünnende Einsenkungen —, so ist die Gefahr einer Periostitis, einer Entzündung des Knochens selbst und einer Fortleitung der Entzündung auf dem Lymphwege zur Dura mater durchaus keine Unmöglichkeit. Die Verhaltung von Wundsecreten in dem engen Canal, bedingt durch reactive entzündliche Anschwellung der Umgebung und Verstopfung des Wundcanales durch den Brandschorf, sind als event. secundär schädliche Momente in Betracht zu ziehen. Ob nicht des Weiteren heftige neuralgische Beschwerden der galvanocaustischen Operation auf dem Fusse zu folgen pflegen, ist mir zwar nicht bekannt, doch zweifle ich nicht im entferntesten daran. Eine einfache circumscripte Aetzung mit Höllenstein bringt solche schon häufig zu Stande. Es kann das ja auch keineswegs in Erstaunen setzen, wenn man die Nervenversorgung des Operationsfeldes betrachtet.

Es handelt sich bekanntlich um die Nervi nasal. superiores-poster., welche ausstrahlen vom Gangl. spheno-palat. und sich über den Fornix und in der Gegend des Ost. tubae ausbreiten. Feine Zweigchen dieser Rami pharyngei ziehen auch zur Schleimhaut der Keilbeinhöhle, welche ausserdem noch zugleich mit den hinteren Siebbeinzellen von 2—3 Rami orbitales, gleichfalls vom genannten Ganglion stammend, versorgt wird. Daher der nach der Aetzung so häufige dumpfe, in die Mitte des Kopfes hinein verlegte Kopfschmerz, verbunden mit Druckgefühlen in der Augenhöhle, in der Gegend der Nasenwurzel, verbunden mit in die Ohren ausstrahlenden Schmerzen.

Für die gleichfalls nicht seltene Nackensteifigkeit und Empfindlichkeit der hinteren Kopfhaut (Accessorius, dorsale Zweige der oberen Cervicalnerven, Nerv. occipitalis major) ist als reflexvermittelnde Quelle wohl auch der Quintus, event. die den Plexus pharyngeus constituirenden Nerven, insbesondere der Vagus, anzunehmen.

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Fortsetzung umstehend.)

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Einseitige Erkrankung	Doppelseitige Erkrankung	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
24.	Z. F., 28jähr. Schlosser.	l.		Seit 2 Jahren eitrige, des öfteren übelriechende Secretion aus der linken Nasenhälfte; Nasenathmung nicht wesentlich behindert; sonst keinerlei Beschwerden.	Der mit seinem unteren Ende bogenförmig nach hinten ziehende laterale Schleimhautwulst verdeckt die das Septum tangirende, atrophirte mittl. Muschel fast vollständig. Aus dem Berührungsspalte zwischen Wulst u. Muschel ergiesst sich eitriges Secret. Nach Abtragung des Wulstes werden zahlreiche hanfkorngrosse, polypöse Wucherungen an d. äusseren Nasenwand sichtbar. Ost. max. zugänglich. Heilung durch Behandlung von der Nase aus.	Zähne gesund.	Empyem der linken Oberkieferhöhle.
25.	B. F., 60jähr. Fabrikant.	r.		Seit 6 Jahren verminderte Durchgängigkeit, bei nasskaltem Wetter vollständige Verstopfung der rechten Nasenhälfte mit eitriger Absonderung aus derselben. Häufig rechtsseitiger Kopfschmerz.	Der dem Sept. innig anliegende later. Schleimhautwulst wurde erst nach längerer Behandlung als solcher erkannt, da er dem geschwellten vord. Ende der von ihm vollständig verdeckten mittl. Muschel täuschend ähnlich sieht. Aus dem medialen Berührungsspalte dringt eitr. Secret hervor und werden bei Abdrängung des Wulstes in der Tiefe winzige polypöse Wucherungen sichtbar. Bei wiederholten Versuchen gelangt man hier und da mit einer am Ende umgebogenen Sonde in die Oberkieferhöhle. Weiteren operat. Eingriffen will sich Pat. wegen vorgerückten Alters nicht unterziehen.	Der 1. Buccal. in d. rechten Oberkieferhälfte seit Jahren fehlend; vor Extraction soll es oberhalb desselben wiederholt zu Fistelbildung gekommen sein.	Empyem der rechten Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Einseitige Erkrankung.	Doppelseitige Erkrankung.	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
26.	K.W., 32jähr. Landwirth.	l.		Seit 2½ Jahren eitrige Absonderung aus der link. Nasenhälfte mit zeitweiliger Undurchgängigkeit derselb. Bei vorgebeugter Körperhaltung oder bei Neigung des Kopfes nach der rechten Seite tropft grünlicher, äusserst penetrant riechender Eiter von d. Nase ab. Vom 20. bis zum 25. Lebensjahre viel und heftig an Zahnweh in der link. Oberkieferhälfte gelitten, worauf die Zähne rasch zu Grunde gingen und theilweise entfernt wurden. Oberhalb des 2. Buccal. Fistelbildung dagewesen.	Later. Schleimhautwulst in der link. Nasenhälfte, mit einer sagittal nach hinten verlaufenden Schleimhautgeschwulst des Septums in Berührung stehend. Eitererguss zwischen beiden. Nach Zerstörung der Geschwülste treten an der äusseren Nasenwand polypöse Wucherungen zum Vorschein. Vollständ. Schwund der mittleren Muschel, untere ebenfalls atrophisch. Ostium maxillare im Laufe der Behandlung zugänglich gemacht und Eiterherd in der Oberkieferhöhle nachgewiesen. Vollständige Heilung ohne Anbohrung des Antrum Highmori.	Beide Buccal. d. linken Oberkieferhälfte fehlend, die übrig. Zähne sowie die Molares der rechten Seite cariös.	Empyem der linken Oberkieferhöhle.
27.	G. S., 54jähr. Handelsmann.		d.	Seit mehreren Jahren behinderte Nasenathmung und beständige Absonderung eitrig. Secretes aus beiden Nasenhälften; sonstige Beschwerden fehlen.	Beiderseits mächtige later. Schleimhautwülste; die an's Sept. gedrängten mittleren Muscheln zum Theil noch sichtbar, abgeplattet, atrophirt. Hervorquellen eitrigen Secretes aus dem mittleren Spalte, bei zur Seitedrängung des Wulstes winzige polypöse Wucherungen in d. Tiefe. Papilläre Schleimhauthypertrophie an beiden unteren Muscheln. Pat. entzog sich der vorgeschlagenen operativen Behandlung.	Links beide Buccales, rechts 2. Bucc. und 1. Molaris vor Jahren zu Grunde gegangen und fehlend.	Doppelseitig. Empyem der Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

28.	H. J., 32jähr. Handelsmann.	r.		Das Leiden soll vor 5 Jahren mit einer heftigen acuten Rhinitis begonnen haben, welche nach mehrwöchentlich. Dauer links von selbst schwand, während in d. rechten Nasenhälfte Verstopfung u. eitrige Absonderung bis heute besteht. Secretion regelmässig frühmorgens vermehrt, bei Witterungswechsel bis zu spontanem Abtropfen übelriechenden Eiters gesteigert. Typischer rechtsseitig. Kopfschmerz in den Vormittagsstunden.	Links normaler Befund; in d. rechten Nasenhälfte berühren sich lateraler Schleimhautwulst, hypertrophisches vorderes Ende der mittl. Muschel und Septum gegenseitig; der Eiterabfluss findet aus dem Berührungsspalte zwischen beiden ersteren statt. Patient will sich erst später einer radicalen Behandlung unterziehen.	Schneidezähne fehlend, alle übrigen der rechten Oberkieferhälfte cariös.	Empyem der rechten Oberkieferhöhle.
29.	V. M., 20jähr. Nähterin.		d.	Patientin behauptet, bis vor 1 Jahre nie Beschwerden von Seiten der Nase gehabt zu haben. Vor ¾ Jahren begann ziemlich plötzlich eitrige Absonderung aus beiden Nasenhälften. Das Secret wurde bald nachher übelriechend u. trocknet nun bei ungenügender Reinigung der Nase besonders über Nacht zu grünl. Krusten ein. Seitdem auch häufiger Stirnkopfschmerz u. Schwindelgefühl. (Weitere Daten siehe im Zahnbefund.) Ein constitutionelles Leiden nicht nachweisbar.	Ausgesprochenes Bild der Ozaena simplex. Deutliche Atrophie der mittl. und unteren Muscheln. Erstere stehen beiderseits mit einem later. Schleimhautwulste in Berührung; sie sind der Nasenscheidewand zwar merklich, jedoch nicht vollkommen nahegerückt. Die Wülste, nicht so mächtig entwickelt, wie sonst der Fall, heben auch nicht scharf gegen den Boden ab, sondern übergehen allmählig in die diesseitige Schleimhaut der äusseren Wand. In dem Berührungsspalte zwischen Wulst und mittl. Muschel bleibt stets nach Reinigung der Nase beiders. ein schleimigeitriger Pfropf haften, der nur mit der Pincette entfernt werden kann; auch erscheint auf	Noch vor 1½ Jahren waren die Zähne des Oberkiefers gesund. Mit einem Male trat Caries je des 2. Schneidezahnes und des 2. Buccal. auf, die so rasch fortschritt, dass nach ½ Jahre nur mehr die Wurz. übrig blieben. Ein Vierteljahr später begann	Rhinit. chron. foetida (atrophicans). Doppelseitig. Empyem der Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Einseitige Erkrankung.	Doppelseitige Erkrankung.	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
					beiden Seiten die mediale Wand der Oberkieferhöhle ein wenig nach der Mittellinie vorgewölbt. Abtragung d. later. Schleimhautwülste, Extraction je des 2. Buccal. und Anbohrung beider Oberkieferhöhlen. Nach Heilung des zweifellos nachgewiesenen doppelseitigen Antrumempyems sofort namhafte Besserung resp. Stillstand des atrophischen Processes in der Nasenhöhle. (Die nähere Beschreibung s. im 5. der Eingangs geschilderten Fälle.)	der Process in der Nasenhöhle.	
30.	M. M., 19jähr. Lehrerin.		d.	Seit 5 Jahren Absonderung eitrigen, übelriechenden Secretes und Krustenbildung in beiden Nasenhälften; sonst keinerlei Beschwerden.	Sämmtliche sichtbaren Muscheln im Zustande vorgeschrittener Atrophie. Beiderseits later. Schleimhautwulst vorhanden. Links bedeckt er, hart ans Septum heranreichend, die mittlere Muschel vollständig, rechts blos zur Hälfte, wobei wiederum die Muschel dem Sept. innig anliegt. In dem Berührungsspalte zwischen Wulst und Muschel sitzt beiderseits constant ein schleimig-eitriger Pfropf und konnte bestimmt nachgewiesen werden, dass sich das Secret zunächst von da auf die zuvor gereinigte Schleimhautoberfläche ergiesst. Bezügl. der näheren Verhältnisse siehe den 6. der Eingangs geschilderten Fälle.)	Mit Ausnahme d. Eckzahnes, des 1. Buccal. und der Molares d. linken Seite sind sämmtliche Zähne des Oberkiefers cariös, theils nur noch Wurzeln vorhanden.	Rhin. chronica foetida. Doppelseitiges Empyem der Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

31.	K. W., 23jähr. Lithograph.	d.	Seit 6 Jahren eitrige Absonderung und Krustenbildung in beiden Nasenhälften, penetranter Fötor, Verlust des Riechvermögens, häufig diffuser Kopfschmerz und Schmerzen zu beiden Seiten der Nase.	Typisches Bild einer Ozaena simplex vorgeschritt. Stadiums. Die äusserst schlanken mittl. Muscheln hart ans Septum gedrängt und bis auf einen schmalen Abschnitt von je einem lat. Schleimhautw. verdeckt. Auf Grund sorgfält. Untersuchungen, die in verschieden langen Zwischenpausen stattfanden, wurde constatirt, dass sich nach vorangegangener Reinigung d Nase zunächst in dem Spalte zwischen Wulst und mittl. Muscheln neuer Eiter zeigte, von wo er sich allmählig über die Vorderfläche des Wulstes resp. der mittl. Muscheln ergoss und daselbst schon zu einer Zeit einzutrocknen begann, wo die übrige Schleimhautoberfläche noch ziemlich secretfrei war. Hinsichtlich der äusseren Form und Beschaffenheit des Wulstes, seiner lateralen Insertion, sowie des Verhaltens der nasalen Kieferhöhlenwand gilt in diesem als auch in den nächsten Ozaenafällen dasselbe, wie in beiden vorangeführten. Es wurde beiderseitige Eröffnung der Oberkieferhöhle vorgeschlagen. Patient unterzog sich auch willig der nothwendig erachteten Extraction einiger Zahnstümpfe; darauf verlor er aber den Muth zu weiteren Eingriffen und blieb schliesslich von der Behandlung aus.	Beide Buccalis der rechten Kieferhälfte blos als Wurzeln vorhanden, ebenso der 1. Buccal. der linken Hälfte; 2. Buccalis gesund, 1. Molaris cariös.	Rhin. chronica atrophicans. Doppelseitig. Empyem der Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Einseitige / Doppelseitige Erkrankung.		Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
32.	Sch N., 19jähr. Musikerstochter.		d.	Seit dem zwölften Lebensjahre besteht eitrige Absonderung und Krustenbildung in der Nase, sowie höchst unangenehmer Fötor. Häufig Stirnkopfschmerz und Schmerzen zu beiden Seiten der Nase.	Vorgeschrittene Atrophie des Naseninneren; die äusserst dünn gewordenen mittl. Muscheln stehen einerseits mit der Nasenscheidewand, andererseits mit den later. Schleimhautwülsten in Berührung. Vorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwände. Trotz sorgfältigster Reinigung bleibt stets ein eitrig-schleimiger Pfropf in dem Berührungsspalte zwischen Wulst und mittleren Muscheln haften.	Rechterseits beide Buccal., links 2. Buccalis und 1. Molar. cariös.	Rhin. chronica atrophicans. Doppelseitig. Empyem der Oberkieferhöhle.
33.	A. R., 32jähr. Wäscherin.		d.	Absonderung übelriechenden, eitrigen Secretes und Krustenbildung in beiden Nasenhälften, ungefähr im 20. Lebensjahre begonnen und bis heute fortbestehend. Theilweiser Verlust des Riechvermögens; diffuser, zwar unregelmässig, doch häufig wiederkehrender Kopfschmerz.	Vorgeschrittene Atrophie d Nasenhöhle. Doppelseit. lat. Wulstbildung. Links berührt der Wulst in seiner ganzen Länge d. Sept., so dass nur das unterste Ende der mittl. Muschel sichtbar ist; rechts liegt er der mittl. Muschel einfach an, während diese, überaus schlank und abgeplattet, wiederum das Sept. berührt. Kurz nach erfolgter Reinigung wird aus dem Spalte zwischen Wulst einers. und mittl. Muschel resp. Sept. andererseits wiederholt Hervorquellen rein eitr. Secretes beobachtet. Auch erscheint die Kruste regelmässig an d. Vorderfläche des Wulstes resp. d. mittl. Muschel am dicksten. Behandlung wegen Ausbleiben der Patientin vorzeitig unterbrochen.	Schneide- und Eckzähne beiderseits, sowie 1. Buccalis rechts fehlend, 2. Bucc. cariös, links beide Bucc. gesund, Molaris nur als Wurzeln vorhanden.	Rhin. chronica atrophicans. Doppelseitig. Empyem der Oberkieferhöhle.

Digitized by Google

34.	Z. A., 18jähr. Dachdeckergehilfe.		d.	Absonderung eitrigen, höchst übelriechenden Secretes und Krustenbildung in der Nase; sonst keinerlei Beschwerden. Das Leiden datirt aus der Knabenzeit.	Rechte mittlere, sowie beide unteren Muscheln im Zustande vorgeschrittener Atrophie; linke mittlere Muschel vollständig zu Grunde gegangen. Beiderseits Vorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwand und mässig entwickelte laterale Schleimhautwülste. Symptome annoch vorhandener Oberkieferhöhleneiterung fehlen	Zähne gesund.	Rhin. chronica atrophicans (ex praecedenti empyemate antri Highmori utriusque).
35.	K. F., 36jähr. Landwirth.		d.	Seit der Knabenzeit besteht eitrige Absonderung u. Krustenbildung in beiden Nasenhälften; penetranter Fötor. Ziemlich vollständiger Verlust d. Riechvermögens; sonstige subjective Beschwerden fehlen.	Ausgesprochene Atrophie sämmtlicher von vorne sichtbaren, besonders der unteren Nasenmuscheln. Die mittleren Muscheln zugleich an's Septum gedrängt und von je einem lateralen Schleimhautwulste bis auf einen schmalen Antheil überdeckt. Nasale Wand der Kieferhöhle nicht hervorgetrieben; der rechtsseitige Wulst von der äusseren Nasenwand in scharfer Linie abgehoben, links allmählig in die übrige Schleimhaut übergehend. Die theilweise Herkunft d. gelieferten Eitermenge aus annoch bestehendem doppelseitigen Kieferhöhlenempyeme durfte nach Abtragung der lateralen Schleimhautwülste ziemlich sicher angenommen werden. (Patient steht erst seit Kurzem und zur Zeit noch in Behandlung.)	Buccales auf beiden Seiten fehlend, bereits im Knabenalter, d. h. zu Beginn des Nasenleidens verloren gegangen, ausserdem 1. Molar. rechts cariös.	Rhin. chronica atrophicans (ex empyemate antri Highmori utriusque).

Digitized by Google

Zahl der Fälle.	Name, Alter, Geschlecht und Beschäftigung des Kranken.	Erkrankung: Einseitige	Erkrankung: Doppelseitige	Anamnese und Vorverlauf der Erkrankung.	Localbefund zu Beginn und im Laufe der Behandlung; äussere Formverschiedenheiten des lateralen Schleimhautwulstes.	Zahnbefund in der betreffenden Oberkieferhälfte.	Diagnose.
36.	C. M., 22jähr. Tagelöhnerin		d.	Seit ungefähr 5 Jahren mehr weniger behinderte Nasenathmung, verursacht durch unausgesetzte Bildung compacter, schwer zu entfernender Secretmassen und Krusten in der Nase. Penetranter Fötor; Herabsetzung des Riechvermögens; häufig wiederkehrender, diffuser Kopfschmerz.	Prägnantes Bild einer Ozaena simplex. Untere Nasenmuscheln nur mehr als schmale Leisten kenntlich. Beiderseits later. Schleimhautwulst an der mässig vorgewölbten nasalen Kieferhöhlenwand. Rechts berührt der Wulst in seiner ganzen Länge die Nasenscheidewand, so dass nur ein schmaler Theil des unteren Randes der mittl. Muschel sichtbar ist; links berühren sich Wulst, medianwärts gedrängte mittl. Muschel und Septum gegenseitig. Sonstige Zeichen noch bestehender Kieferhöhleneiterung fehlen.	Links beide Bucc. fehlend, 1. Mol. cariös; rechts Buccal. gesund, Molares fehlend.	Rhin. chronica atrophicans (ex praecedenti empyemate antri Highmori utriusque?)
37.	M. J., 40jähr. Landmannsgattin.		d.	Den ziemlich undeutlichen Angaben der Kranken zu entnehmen, leidet sie ungefähr 7 Jahre an häufig wiederkehrendem, heftig und mit Schwindel einhergehendem Kopfschmerz. Derselbe beginnt regelmässig im Hinterhaupte, von wo er dann zu beiden Seiten in die Schläfen- und Stirngegend, als auch in den Oberkiefer ausstrahlt. Habituelle Obstipation. Das Leiden soll mit einem äusserst heftigen Schnupfen begonnen haben, der chronisch	Rechts ein ungewöhnlich mächtiger later. Schleimhautwulst in Gestalt einer halbkugelförmigen Geschwulst vorhanden, welche einerseits dem Septum, andererseits der äusseren Nasenwand innig anliegt und mit letzterer eine tiefe, senkrecht absteigende Rinne bildet. Die Schleimhautoberfläche des Wulstes glatt, hochgradig injicirt, dunkelroth gefärbt, etwas gelockert und mit zahlreichen erweiterten Drüsenluminis versehen. Nur bei genauem Zusehen vermag man in der Tiefe unterhalb der Geschwulst den unteren Rand der mittleren Muschel	Zähne gesund.	Doppelseitiger lateraler Schleimhautwulst ohne anderweitige Erkrankung der Nasenhöhle.

Digitized by Google

geworden, sich jahrelang hinzog und erst in letzter Zeit ohne jedwedes Hinzuthun von selbst schwand. Das Secret der rechten Nasenhälfte soll rein eitrig, das der linken mehr schleimig gewesen sein.

zu entdecken. Links der Wulst etwas kleiner, sonst genau dieselben Verhältnisse wie dort. In Folge der kugelförmigen Gestalt gelang es ausnahmsweise, den rechterseits aufsitzenden Wulst mit der Schlinge zu fassen und knapp an der Basis abzutragen. Das herausbeförderte Stück erwies sich haselnussgross, breitbasig; von der histologischen Beschaffenheit wird später noch die Rede sein. Links geschah die Abtragung mittelst Messer u. Schlinge. Nach Entfernung der Wülste machte sich beiderseits hochgradige Vorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwand bemerkbar. Die mittleren Muscheln auffallend verkleinert, abgeplattet, sowohl median- als auch einwärts gedrängt; ebenso die unteren Muscheln etwas kleiner, als dem normalen Zustande entspricht. Das Naseninnere wurde bei wiederholten Untersuchungen stets secretfrei befunden und war von einer anderweitigen Localerkrankung absolut keine Spur vorhanden.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Anwendung des Creolin in Fällen von suppurativer Entzündung der Paukenhöhle. Von Dr. Purjesz. (Pester med.-chirurg. Presse No. 11, 1889.)

Verf. theilt 5 Krankenfälle in kurzen Zügen mit und glaubt auf Grund seiner Beobachtungen, sich über die Verwendbarkeit des Creolin in der otiatrischen Therapie folgendermaassen äussern zu können: Das Creolin verursacht in der von ihm gebrauchten Concentration (5 — 6 Tropfen auf 0,5 Liter lauwarmen Wassers) gar keine Unannehmlichkeiten und ruft keine Reizungserscheinungen hervor. Concentrirtere Lösungen verursachen das Gefühl von Brennen. Es ist erfolgreich anwendbar zu Ausspritzungen durch den Gehörgang, wie auch zu Durchspülungen der Paukenhöhle durch die Eustach'sche Ohrtrompete in Fällen von acuter und chronischer Mittelohrentzündung, bei welchen Krankheitsformen die Suppuration in kurzer Zeit zum Stillstand gebracht wird.

Dass das Creolin ein vorzügliches Antisepticum ist, will Ref. nicht in Abrede stellen, es sprechen sich ja Chirurgen, Gynäcologen und auch Ophthalmologen in anerkennender Weise darüber aus; um so weniger möchte dies Ref. bezweifeln, da auch er in einer grossen Anzahl von acuten und chronischen Otorrhoeen, manchmal sogar mit ausgezeichnetem Erfolge, dasselbe angewendet. Auch giebt Ref. gerne zu, dass auf Ausspülungen mit einer schwachen Creolin-Lösung acute Eiterungen sistirten. Dass aber ein seit über 20 Jahren bestehender Ohrenfluss nach 18tägiger Creolinbehandlung (Fall II) oder eine seit nur 6 Jahren bestehende Otorrhoe nach 14 Tagen (Fall IV) schon sistirte, möchte Ref. nur als unverhofft ansehen, keinesfalls aber auf Rechnung der specifischen Wirkung des Creolins schreiben. — Wie oft müssen wir leider bei durch kürzere Zeit bestehenden Otorrhoen bedeutend energischer einschreiten, und selbst dann pflegt die Eiterung erst nach vier- oder noch mehrmal so langer Behandlungsdauer aufzuhören. — Allerdings ist es sehr schade, dass nicht auch andere Otiatriker solch' günstige Resultate vom Creolin verzeichnen können. Szenes.

Betrachtungen über den gegenwärtigen Stand der Therapie chronischer Mittelohreiterungen, anknüpfend an einen Vortrag des Herrn Geheimrath v. Bergmann. Von Dr. Stacke in Erfurt. (Berl. klin. Wochenschrift No. 16, 1889.)

v. Bergmann's Vortrag (Allgem. Wiener med. Ztg. No. 50, 1888) und die diesem gefolgte Discussion veranlassen Stacke, Stellung für die Therapie der chronischen Mittelohreiterungen zu nehmen, die zielbewusst nach chirurgischen Grundsätzen zu geschehen hat und somit auch auf Anerkennung Seitens der Chirurgen Anspruch zu erheben berechtigt ist. Denn wenn auch viele Fälle von reinen Schleimhauteiterungen der Paukenhöhle ohne Betheiligung der Nebenhöhlen und ohne gleichzeitige Knochenerkrankung, mittelst Durchspülungen der Paukenhöhle von der Tuba aus, zu heilen pflegen, so bedürfen zumeist einer möglichst frühzeitigen und energischen chirurgischen Behandlung

Digitized by Google

jene Fälle mit Eiterung der Nebenhöhlen, die eben die schweren sind und mit Vorliebe zu letalen Folgekrankheiten führen. Auch macht Stacke darauf aufmerksam, dass die meisten aller chronischen Mittelohreiterungen mit Knochenerkrankungen complicirt sind, häufig aber, des complicirten Baues des Mittelohres wegen, übersehen werden. Die erste Aufgabe der Ohrchirurgie möge daher Sorge tragen für freien, ungehinderten und spontanen Secretabfluss, da mangelhafter Eiterabfluss tiefere Knochenerkrankungen, diese aber schwere Heilbarkeit der chronischen Mittelohreiterungen verursachen. Und nun werden die Eiterungen der Warzenfortsatzhöhle, mit den zwei typischen Durchbruchsstellen, des Eiters aus derselben besprochen, nämlich die Fistelöffnungen an der hinteren oberen Wand des Gehörgangs und der Weg durch die Corticalis des Warzenfortsatzes hinter der Insertion der Ohrmuschel, unterhalb der Linea temporalis. — Bei chronischen Empyemen des Antrums ohne fistulösen Durchbruch in den Gehörgang, wo der Eiter seinen Weg durch den engen Canal zwischen Antrum und Paukenhöhle und von hier aus durch die Perforation des Trommelfells in den Gehörgang nimmt, wird der Ohrenarzt, welcher zugleich Chirurg ist, so früh als möglich operiren. Von 40 ähnlichen Fällen hat Stacke nur einen letalen zu verzeichnen; 12 Mal fehlte jede Schwellung der Weichtheile, 21 Mal war der Knochen äusserlich gesund und nur heftige Kopfschmerzen waren in der Mehrzahl der Fälle als Ausdruck von Eiterretention im Antrum und als Vorboten der drohenden Ueberleitung der Eiterung auf die Schädelhöhle vorhanden. Dem Auskratzen des Warzenfortsatzes vom Gehörgang aus, mittelst scharfen Löffels, ebenso dem Ausspülen mittelst durch enge Fisteln eingeführter gekrümmter Canülen schreibt Stacke nur einen geringen und entschieden nicht bleibenden Erfolg zu, wenn auch die Eiterung hin und wieder auf längere Zeit sistirt. Bezüglich des Eingriffes wird die von Schwartze empfohlene Stelle dicht unterhalb der Linea temporalis, nach hinten von der Spina supra meatum audit. gelegen, zur Eröffnung des Antrums gerathen, da man von hier aus ohne Verletzung wichtiger Nachbarorgane auf dem geradesten Wege eindringen kann und auch die Nachbehandlung eine leichtere ist; nicht so bei der von Küster (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 2, 1890, pag. 53) und v. Bergmann empfohlenen Methode, wo das Antrum durch Abmeisselung der hinteren oberen Wand des knöchernen Gehörganges eröffnet wird. Szenes.

---

b) Rhinologische:

Zur Ausspülung der Nebenhöhlen der Nase. Von Dr. A. Onodi, Budapest. (Orvosi hetilap No. 14, 1889.)

Onodi stellte Versuche an, um zu erproben, wie Flüssigkeiten von der Nase aus in deren Nebenhöhlen gerathen. An 11 Schädeln fand Verf., dass sich die Highmorshöhle durch die in den mittleren Nasengang geführte Flüssigkeit füllte. An der Gesichtsseite des Oberkiefers wurde eine Gegenöffnung gebohrt und mit Kork verstopft. In den meisten Fällen füllte sich die Highmorshöhle mit der mit Fuchsin gefärbten Flüssigkeit, und konnte dieselbe durch die Gegenöffnung heraus-

Digitized by Google

gelassen werden; wo jedoch die anatomischen Verhältnisse bezüglich der Mündung der Highmorshöhle ungünstig waren, dort konnte die Flüssigkeit mittelst eines Gummiballons in die Nebenhöhlen (sogar in den Sinus sphenoidalis und frontalis) gepresst werden.

Da aber nach den Gesetzen der Physik das Eindringen einer Flüssigkeit in eine Höhle nicht nur von der Grösse des Durchmessers ihrer Oeffnung, sondern auch von den Adhäsionsverhältnissen und dem specifischen Gewichte der betreffenden Flüssigkeit abhängt, zog Verf. auch diese in Betracht und stellte mehrere Versuche mit Glaskugeln an, deren Oeffnung von verschiedener Grösse war und mit dem Cathetometer einzeln bestimmt wurde, und nahm schliesslich Flüssigkeiten von verschiedener Concentration. Er kam endlich zu dem Schluss, dass das Eindringen der Flüssigkeiten thatsächlich von verschiedenen Umständen abhängig ist. Und wenn auch Onodi sich einerseits entschieden als Anhänger des operativen Einschreitens erklärt, will er andererseits gern zugeben, dass bei der Behandlung der Nebenhöhlen der Nase in geeigneten Fällen die anatomische Mündung der erkrankten Höhle aufgesucht werden kann, um den Heilerfolg, so lange der Zustand keinen sofortigen operativen Eingriff erheischt, durch Sondirungen, Drainage oder Ausspülungen zu erzielen. Szenes.

Klinischer Beitrag zur Lehre von der Localisation des Geruchssinnes. (Contribution clinique à la localisation du centre de l'odorat.) Von Dr. Carbonieri. (Rivista clinica No. 9 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

Ein 27jähriger Mann, welcher an einer tuberculösen Peritonitis zu Grunde ging, hatte öfters eine absonderliche Geruchsempfindung, welche einige Minuten andauerte; danach kamen Kopfschmerzen und Erbrechen. Die Section ergab einen nussgrossen, Bacillen enthaltenden tuberculösen Tumor rechterseits in den Circumvallationes occipito-temporalis und hippocampi, also an der Stelle, wohin man das Riechcentrum gewöhnlich verlegt. Dr. P. K.

Rhinitis chronica als Ursache der Gesichtsacne. (De la rhinite chronique comme cause d'acné de la face.) Von Dr. C. Seiler. (Philadelphia Med. Soc. et Saint Louis Med. Revue und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

Die gereizten Corpora cavernosa der Nase wirken auf die so empfindliche Blutcirculation in der Haut des Halses und des Gesichtes; die in der Umgebung der Talgdrüsen gestörte Circulation würde so die Function der Drüsen stören; wird unter moralischem Eindruck das Gesicht roth, so schwellen die Corpora cavernosa der Nase zugleich an; das Gegentheil tritt ein, wenn das Gesicht erblasst; das häufige Zusammenauftreten von Acne und Rhinitis atrophicans würde auch für Verf.'s Behauptung sprechen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Rhinitis als Ursache der Augenerkrankungen. (Rhinite comme cause de maladies des yeux.) Von Dr. Cheatham. (American Practil und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12.)

Nasalleiden bedingen Augenleiden; letztere heilen erst mit ersteren. Verf. erzählt 5 Fälle. Er erklärt diesen Connex aus den Verhältnissen beider Organe zum Ganglion Mekelii; man muss die betreffenden Nasenkrankheiten besonders im vorderen Abschnitt suchen. Dr. P. K.

Kritische Studie über den käsigen Schnupfen. (Etude critique sur le coryza caséeux.) Von Dr. Potiquet. (Gazette des hôpitaux, Februar 1889 und Revue mens. de laryngol. etc. No. 11, 1889.)

Verf. kommt zu folgenden kritischen Schlüssen: 1) Der von Duplay beschriebene sogenannte käsige Schnupfen ist keine eigene Krankheit; er ist eine künstliche Zusammenstellung von Symptomen der verschiedensten Krankheiten; 2) es handelt sich dabei um folliculäre Cysten des Oberkiefers, welche in die Nase durchgebrochen sind, oder um Fremdkörper in der Nase, oder um syphilitische Gummata, welche sich eben ausstossen, oder endlich um chronische Eiterungen des Sinus maxillaris; 3) die käsigen Producte verdienen jedoch immer Beachtung, obgleich sie von den verschiedensten Krankheiten herrühren können; sie sind immer ein Symptom; 4) um diesem Symptom alle Würdigung zu geben, muss man Anamnese, subjective und objective Symptome nebst rhinoscopischer Untersuchung berücksichtigen. Dr. P. K.

Ueber die Natur des käsigen Schnupfens. (De la nature du coryza caséeux.) Von Dr. Bories. (Quatriemè Congrès français de chirurgie, October 1889.)

Die Autoren sind bei Weitem nicht einig über dieses sonderbare Leiden. Nach Duplay wäre es eine von Erysipel herrührende, in der Nase sich anhäufende epitheliale Exfoliation. Nach Cozzolino wäre es einfach Scrophulose. Nach Verf. handelt es sich um alte, polypöse Massen, welche durch lang andauernde Compression eine necrobiotische regressive Schmelzung eingehen; Verf. stützt sich auf das häufige, gleichzeitige Vorkommen der beiden Leiden und giebt ein Beispiel an. Dr. P. K.

Ozaena und infectiöse Cornealgeschwüre. (Traitement de l'ozène et des ulcères infectieux de la cornée.) Von Dr. A. Trousseau. (Repertoire de thérapeutique, Avril und Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 13, 1889.)

Inniger Zusammenhang beider Leiden durch den Canalis lacrymalis. Cornealgeschwüre heilen nur durch Behandlung der Ozaena und des Allgemeinzustandes. Verf. bringt mehrere Beispiele als Belag.

Dr. P. K.

Rhinochirurgische Mittheilungen. Von Dr. Egmont Baumgarten. (Orvosi hetilap No. 32 und 33, 1889.)

Die mitgetheilten Fälle sind:

1) Cyste der Nasenscheidewand; dieselbe entstand nach einem in der frühesten Jugend erfolgten Trauma in Folge eines Schlages auf's Gesicht und verursachte selbst nach Jahren gar keine Beschwerden.

Digitized by Google

2) Perforation der Nasenscheidewand nach Diphtheritis. Eine leichte Tonsillendiphtherie hatte ohne besondere Erscheinungen zu ausgebreiteter Necrobiose des Periostes, Knorpel und Knochen geführt.

3) Membranöser Verschluss der Choanen. Die obere Hälfte der Choanen und der vordere untere Theil des Nasenrachenraumes waren membranös verschlossen. Zuvörderst wurden die vorderen unteren Muschelenden galvanocaustisch entfernt, dann durch die Nase die verschliessende Membran durchgebrannt und nur später die einzelnen Gewebstheile mit der Catti'schen Zange entfernt und schliesslich auch die an den oberen Bögen der Choanen und am Septum aufgesessenen kleineren Stückchen mit dem Mayer'schen Ringmesser abgekratzt.

4) Gumma der Nase und des Nasenrachenraumes. In einem Falle sass das Gumma an der unteren Nasenmuschel, in dem anderen Falle war an einem Individuum eine Perforation des Septums zum Verschluss gekommen, ausserdem aber eine Fistel des Sinus sphenoidalis im Nasenrachenraume gefunden worden.

5) Rhinitis und Rhinopharyngitis fibrinosa; je ein Fall. Letztere entstand in Folge galvanocaustischer Brennung einiger Reste von adenoiden Wucherungen, erstere aller Wahrscheinlichkeit nach in Folge einer Erkältung.

6) Ein Fall von Rhinolithiasis. Der Rhinolith bildete sich um zwei Traubenkerne, die wahrscheinlich während eines Brechaktes durch die Choanen in die Nase gelangten. Die Extraction war wegen einer hochgradigen Deviation des Septums nur in kleineren Stückchen möglich.

Szenes.

Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand bei Neugeborenen. Von Dr. Patrzek, Oppeln. (Internat. klin. Rundschau No. 14, 1890.)

In der Oppelner Provinzial-Hebammen-Lehranstalt untersuchte Verf. die Nasenhöhlen einer Anzahl Neugeborener, um zu eruiren: 1) ob Verbiegungen der Nasenscheidewand bei Neugeborenen vorkommen, und 2) ob die Vorgänge während der Geburt in ursächlichen Zusammenhang zu denselben stehen. Verf. musterte auch die Nasenhöhlen von Kinderleichen durch und fand das Vorkommen von Nasenscheidewandverbiegungen bei Neugeborenen vollauf bestätigt. Patrzek glaubt, dass die Verbiegungen des Septums nicht während der Geburt entstehen, sondern sie stammen noch aus der intrauterinen Periode. Szenes.

Eine Operation zur Verbesserung der Deviation des Septum narium. (An Operation for Correcting Deviation and Thickering of the Cartilaginous Nasal Septum.) Von Jonathan Wright, Brooklyn. (Med. Record vom 11. Januar 1890.)

Empfehlung des folgenden Verfahrens: Man geht mit einem Drillbohrer durch die Mitte der stärksten Verdickung resp. Verbiegung und schafft sich so ein Loch. Dieses benutzt man, um von demselben aus nach oben und unten mit der Bosworth'schen oder einer electrischen Säge die übrigen Theile zu entfernen.

Natürlich gilt dies nur von sehr hochgradigen Verbiegungen.

W. Fr. (N.-Y.)

Digitized by Google

Deviation der Nasenscheidewand. (Déviation de la cloison nasale.) Von Dr. Bryson Delavan. (Edinb. med. Journal und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 5.)

Bei den Europäern zeigen 50 pCt. eine Deviation; unter diesen sind die Slaven und die Hebräer am meisten vertreten. Die römischen Schädel zeigen fast alle eine Deviation, die Römer hatten eine Adlernase, gerade wie die Slaven und die Hebräer. Die amerikanischen Indianer aber, welche auch Adlernasen haben, zeigen fast nie eine Deviation. Dr. P. K.

Zusammenhang zwischen Gesichtsrose und dem Erythem einerseits und dem inneren Nasendruck andererseits. (Relations entre l'érysipéle de la face et l'érythème d'une part et la compression intra-nasale de l'autre.) Von Dr. M. W. Major von Montréal. (New York, Juni 1889 und Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie No. 14, 1889.)

Verf. giebt 10 Krankengeschichten, wo bei erfolgreicher Behandlung des Nasenleidens Gesichtserythema und Gesichtserysipel bald schwanden, um nicht mehr zu recidiviren. Dr. P. K.

Operation eines sarcomatösen, am hinteren Theile der Choanen sitzenden Tumors. (Opération de tumeur sarcomateuse de la partie postérieure des fosses nasales.) Von Dr. Duffield.

Verf. hat 2 solche Fälle beobachtet und beschreibt sie.

Dr. P. K.

***Nervöse*, durch Nasenleiden hervorgerufene Leiden.** (Maladies nerveuses causées par des affections des fosses nasales.) Von Dr. Finne. (Revue internationale des sciences médicales und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Der erste Fall betrifft eine Neuralgie des Facialis, der zweite nächtliche asthmatische Anfälle, der dritte Anfälle von Larynxdyspnoe; in den beiden ersten Fällen bestand Rhinitis hypertrophica, im dritten waren Nasenpolypen vorhanden. Unter geeigneter Behandlung heilten alle drei Fälle. Dr. P. K.

Zwei Fälle von congenitaler Verschliessung der Choanen. (Deux cas d'occlusion congénitale des narines.) Von Dr. W. C. Jarvis. (Journal of laryng. and rhin. No. 10 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Zwei solche Fälle wurden mittelst dem Verf. eigenen Instrumenten mit Erfolg operirt; die Heilung war dauernd. Dr. P. K.

Heilung eines recidivirenden Nasenrachentumors durch Electrolyse. (Guérison d'une tumeur naso-pharyngienne récidivée par l'électrolyse.) Von Dr. P. Rufus Lincoln. (Journal of laryngol. and rhin. No. 10 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Ein grosser Nasenrachentumor füllte die hintere Hälfte der beiden Choanen aus. 2 Nadeln wurden von den vorderen Nasenöffnungen als negativer Pol in den Tumor eingestochen; der positive Pol wurde auf die Brust gesetzt. In 16, mit 3tägigen Pausen unterbrochenen Sitzungen trat Heilung ein. Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Bursitis pharyngea acuta. Von Dr. Hugo Zwillinger, Budapest. (Gyógyàszat No. 9, 1890. — Pester med.-chirurg. Presse No. 10, 1890.)

Verf. verfolgt schon seit längerer Zeit mit besonderer Aufmerksamkeit die Erkrankungen der Bursa pharyngea und hatte Gelegenheit, während der letzten Influenza-Epidemie bei solchen Kranken, die er eines anderen Uebels wegen schon früher genau untersuchte, die aber nichts Abnormes bezüglich der Bursa zeigten, eine pathologische Veränderung häufig zu constatiren. Die Patienten klagten zumeist über Beschwerden beim Schlingen, über Eingenommensein und Druck im Hinterhaupte und über Stirnkopfschmerz, Einer auch noch über Ekelgefühl und Brechneigung. Bei der Rhinoscopia posterior, unter Anwendung des Gaumenhakens, zeigte sich der Nasenrachenraum mit grüngelben Schleimmassen gefüllt, welche theilweise in Strängen vom Rachendache gegen die hintere Pharynxwand und gegen die Seitenwände des Nasenrachenraumes herabhingen. Das Secret wurde mit lauwarmer alcalischer Lösung weggespült und nun zeigte sich die Schleimhaut des Fornix intensiv geröthet und geschwellt, das adenoide, zerklüftete Gewebe der Pharynxtonsille war prominent, geschwellt und dunkelroth gefärbt, an einer ca. linsengrossen Stelle haftete aber noch schleimig-eitriges Secret. Letzteres wurde mit Wattebändern entfernt und nun kam die scharfrandige Mündung der Bursa pharyngea zum Vorschein. Auf Druck mittelst der mit Watte armirten Silbersonde konnte stets Secret tropfenweise aus der Mündung der Bursa herausgepresst werden; die Sondirung derselben gelang jedesmal, dieselbe war nicht schmerzhaft, doch blutete das Gewebe bald. Bezüglich der Therapie nahm Zw. fleissige Durchspülungen des Nasenrachenraumes vor, insufflirte ein morphinhaltiges Pulver, späterhin aber pinselte er — Anfangs mit schwächerer, dann mit concentrirterer — Höllensteinlösung, worauf die Heilung bald erfolgte. — Schliesslich glaubt Zw. annehmen zu können, dass die Bursitis pharyngea acuta eine directe Folge der Nasenerkrankung ist, was übrigens auch die Aetiologie der chronischen Erkrankungen der Bursa, im Gegensatze zur Auffassung Thornwald's, beleuchtet. Szenes.

Prof. Billroth's Modification der v. Langenbeck'schen Methode der Uranostaphyloplastik. Von Dr. F. Salzer, Wien. (Centralblatt für Chirurgie No. 13, 1890.)

Die in 15 Fällen sich bereits bewährte Operation wird folgendermaassen ausgeführt: Bei Anfrischung der Ränder des Defectes des harten und weichen Gaumens wird der Seitenschnitt an der Aussenseite des harten Gaumens entlang den Alveolen, vom lateralen Schneidezahn bis zur hinteren Grenze des Alveolarfortsatzes, ausgeführt, hierauf ein Meissel in den hinteren Winkel dieses Schnittes gegen den Proc. pterygoideus eingesetzt und durch einige Schläge in der Richtung nach hinten und oben die mediale Platte des Proc. pteryg. ossis sphenoidis abgesprengt. Um die Wundflächen an der Grenze vom harten und weichen Gaumen aneinander zu passen, war es mitunter nöthig, die Nasenschleimhaut am hinteren Rande der Gaumenplatte zu durchtrennen. Die Vereinigung

Digitized by Google

goschieht nach 2 — 3 Stützn ähten mittelst Knopfnaht. Hierauf werden Nasen- und Mundhöhle mit 3‰iger Salicyllösung ausgewaschen und die lateralen Wundspalten und Wundhöhlen mit je einem möglichst lange (10 Tage) liegen bleibenden Jodoformgazestreifen tamponirt.

Szenes.

Ueber einige Erkrankungen der Bursa pharyngea. (On some affections of the bursa pharyngea.) Von Adolf Bronner, Bradford. (Lancet, 11. Januar 1890.)

Verf. hebt die Verdienste Tornwaldt's um die Erkennung der Erkrankungen dieser Gegend hervor. Seine Behandlung besteht im Wegschaben der Reste der Tonsilla pharyngea mittelst eines dem Hartmann'schen Schaber nachgebildeten Instrumentes. Dr. M. Schm.

Ein Fall von chronischem Nasen- und Pharynx-Catarrh, offenbar verursacht durch den Gebrauch eines arsenikhaltigen Haarwassers. (A case of chronic nasal and pharyngeal catarrh apparently caused by using a hair-wash containing arsenic.) Von Donald W. C. Hood M. D., London. (Lancet, 15. März 1890.)

Der Beweis für die Ursache liegt in dem Verschwinden der Monate lang bestehenden Catarrhe gleich nach dem Aussetzen des Haarwassers. Der Arsenik war durch die unverletzte Haut aufgenommen worden.

Dr. M. Schm.

Ueber acute folliculäre Mandelentzündung. (On acute follicular Tonsillitis.) Von Andrew Dunlop, Jersey. (Lancet, 15. Februar 1890.)

Nachdem Verf. die bekannten Symptome beschrieben, spricht er über die Verwandtschaft mit Diphtherie. Sie tritt auch infectiös auf, gleicht der Diphtherie, wie eine andere Species derselben Gattung, sie hinterlässt auch bisweilen Lähmungen. Der einzige Unterschied sei der, dass man den Belag bei ihr leicht abwischen kann, was bei der Diphtherie nicht möglich. Er meint, man solle sie als eine eigene Art specifischer Erkrankung ansehen. (Geschieht bei uns schon lange. Ref.)

Dr. M. Schm.

Recidiv eines Larynxtumors 22 Jahre nach der Entfernung durch Laryngotomie. (Report of the Evulsion of a Laryngeal Tumor which Returned Twenty-two Years after Removal by Laryngotomy. With an Illustration of the Original Tumor and Photographs of the New Growth and of the Larynx after its Removal.) Von Rufus P. Lincoln, New-York.

Der Fall betraf eine Patientin, bei der im Jahre 1867 nach anderen vergeblichen Versuchen von Louis Elsberg die Laryngotomie gemacht werden musste, vermittelst der ein umfangreiches Fibrom entfernt wurde. Wiederkehr des Tumors im Jahre 1888. Entfernung 1889. 3 Photographien vom Jahre 1867 und 1889 erläutern die Verhältnisse.

W. Fr.

Digitized by Google

Menthol bei Erkrankungen der oberen Luftwege. (The Use of Menthol in Diseases of the Upper Air-Passages.) Von Frank Hamilton Potter, Buffalo. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., 1. Febr. 1890.)

Seit der ersten Veröffentlichung A. Rosenberg's über die Anwendung des Menthols hat Verf. damit in ausgedehntem Maasse experimentirt. Er wendet es auch in öliger Lösung bis zu 50 pCt. an. — Bei acuten Entzündungen in der Nase hat es ihm nicht viel geholfen, wiewohl die Kälte-Empfindung sehr angenehm war. Dagegen wirkte es sehr gut bei atrophischer Rhinitis, wo Verf. es in einer Lösung bis 35 Procent verordnete. Es unterstützt bei dieser Krankheit die anderen Methoden ausserordentlich und kann dem Patienten mit nach Hause zum Sprayen gegeben werden. „Die Trockenheit, der Geruch und die Ansammlung von Secreten wurden theilweise gehoben." Am besten wirkte es aber bei Phthisis laryngis, wo es allerdings nur in wenig Fällen bisher vom Verf. versucht wurde. W. Fr.

Angeborener Kehlkopfstridor bei Kindern. (Congenital laryngeal infantile stridor.) Von Dr. Suckling. (Lancet, 15. März 1890.)

Verf. hat die Fälle schon öfter gesehen. Er schreibt sie einer Zurückbiegung der Epiglottis zu. Die Affection verliert sich allmählig. Ref. kann dies bestätigen. Dr. M. Schm.

Ein Fall von Cystenkropf. (Un cas de goître kystique.) Von Dr. Ségond. (Gazette des hôpitaux No. 23, 1888 und Revue mens. de laryngol. No. 12, 1888.)

Eine 36jähr. Frau hatte seit 14 Jahren einen einseitigen Cystenkropf, welcher durch Schwangerschaft sich bedeutend vergrösserte. Inunctionen und Jodeinspritzungen halfen nicht und Patientin verlangte die Radicaloperation. Die partielle Thyreoidectomie wurde mit Erfolg ausgeführt. Dr. P. K.

Ein Kropf bei einem Knaben, Erweichung der Trachealknorpel verursachend, Tracheotomie, Tod. (Goitre in a boy causing softening of the tracheal cartilages, tracheotomy, death.) Von Curgenven. (Lancet, 15. März 1890.)

Anschauliche Schilderung der Schwierigkeiten der Operation unter diesen schwierigen Umständen. Besonders schwer war das Auffinden der Trachea, da dieselbe so weich war, dass sie sich nicht unterscheiden liess.

Verf. glückte die Operation nichtsdestoweniger, Patient starb aber zwei Tage später an Pneumonie. Dr. M. Schm.

Ueber ergiebige Einschnitte bei Krebs der Glandula thyroidea. (Des larges incisions en cas de cancer du corps thyroide.) Von Dr. Poncet. (Quatrième Congrès français de chirurgie, October 1889.)

Die Radicaloperation ist wirklich unmöglich. Man muss durch die von Poncet angerathene Operation den Tumor umschreiben und loslösen, um so die lästigen Symptome zu bekämpfen: 1) grosser Kreuzschnitt durch die Hautdecken; 2) Loslösen und Durchschneiden der Musculi hyoidei und thyroidei; 3) Loslösen des Tumors mittelst Finger, die tiefen Theile hervorheben; 4) Naht und Drainage. Verf. giebt eine Krankengeschichte als Beleg. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber einen dunkeln Fall von Larynxstenose. Tracheotomie. (Sur un cas obscur de sténose laryngée. Trachéotomie.) Von Dr. Frédéric Bateman. (Brit. med Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

Verf. stellte die Diagnose auf Larynxcarcinom, die Tracheotomie musste ausgeführt werden und Patientin heilte! — 21jähr. Frau, cachectisch, Schmerz im Larynx, Aphonie, Schwellung der Arytenoidei, welche den Larynxeingang verdeckten. Tuberculose und Syphilis waren ausgeschlossen. 3 Wochen nach der Tracheotomie war noch Oedem vorhanden, die Epiglottis war geröthet, die rechte aryepiglottische Falte sehr angeschwollen. Dieser Zustand besteht noch heute, die Kranke fühlt sich wohl, kann aber die Canüle nicht entbehren. Dr. P. K.

Ueber einige Fälle von Fremdkörpern der Trachea. (Considérations sur certains cas de corps étrangers de la trachée) Von Dr. Massei. (Congrès international d'otologie et de laryngologie, September 1889.)

Die Hauptpunkte der 3 Beobachtungen sind folgende: 1) kein hervorragendes Symptom beim Momente des Eindringens des Fremdkörpers; 2) blos bei der reactiven Entzündung entstehen die Symptome allmählig; der Spasmus fehlte also in den 3 Fällen; 3) die Anamnese liess auffallender Weise im Stich, trotzdem dass es in 2 Fällen sehr intelligente Leute waren, welche weder betrunken noch idiot waren; 4) nur in einem Fall half der Spiegel zur Diagnose; 5) durch Ausschluss von Syphilis, Tuberculose und Chorditis vocalis inferior kann man an einen Fremdkörper in solchen Fällen denken. Dr. P. K.

Ein Fremdkörper in der Trachea. Von Dr. Anton Ekel in Budapest. (Pester med.-chirurg. Presse No. 30, 1889.)

Ein 8jähriges Mädchen hatte einen Pflanzenkern aspirirt. Es stellte sich ein heftiger Husten und Stickparoxysmus ein, der jedoch kurz daraut sistirte. Seither sollen diese Anfälle sich wiederholt haben. Bei der nach 14 Tagen erfolgten Spitals-Aufnahme hatte das Mädchen am ersten Tage 20—30 mit Suffocationsgefühl einhergehende Hustenanfälle; die Dauer schwankte zwischen einigen Minuten und 1/4 Stunde.

Während jedes Hustenstosses hörte man auf mehrere Schritte ein Geräusch, als wenn ein sich rasch bewegender kleiner Gegenstand an eine ausgespannte Membran anschlagen würde. Auch bei Berührung des Kehlkopfes hatte man ein ähnliches Gefühl. Nach 3 Tagen Tracheotomie.

Die Luftröhre wurde eine Zeit lang offen gelassen, doch trotz der Hustenanfälle kam der Fremdkörper nicht zum Vorschein. Erst am nächsten Tage, als behufs Extraction das Schrötter'sche Instrument eingeführt wurde, wird der Fremdkörper durch einen heftigen Hustenstoss aus der Traecheal-Oeffnung herausgeschleudert.

Derselbe erwies sich als ein auf das Dreifache angeschwollener Gleditschia-Kern, der 17 Mmtr. lang, 11 Mmtr. breit, 6 Mmtr. dick und 75 Ctgr. schwer war.

Nach 7 Tagen entwickelte sich abwärts vom Scapularwinkel ein pneumonischer Herd, der nach 14 Tagen zur Lösung kam. Nach 11 weiteren Tagen verliess das Kind geheilt das Spital. Dr. Jelinek.

Digitized by Google

Oesophagusstrictur, geheilt durch lineare Electrolyse. (Rétrécissement de l'oesophage guéri par l'électrolyse linéaire.) Von Dr. Fort. (Académie de médecine de Paris, Séance du 12. Mars 1889.)

Die Verengerung wurde von 5 auf 14 Millimeter gebracht. Der sterbende Kranke konnte kaum einige Tropfen Fleischbrühe herunterschlucken; seit der Operation kann er Alles essen und hat sein Körpergewicht von 114 auf 123 Pfund zugenommen. Es ist zum ersten Male, dass die Electrolyse bei Oesophagusstricturen, und zwar mit Erfolg, angewandt wurde. Dr. P. K.

Zwei Fälle von congenitaler Tuberculose beim Kalbe mit Nachweis der Koch'schen Bacillen. (Deux cas de tuberculose congénitale chez le veau avec bacilles de Koch.) Von DDr. Malvoz und Brouwier. (Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège No. 3, 1889.)

Malvoz und Brouwier stellten der Gesellschaft 2 Präparate vor, welche in unzweideutigster Weise die Uebertragung der tuberculösen Bacillen von der Mutter auf den Foetus darthun; die Präparate sind also theoretisch und practisch von Wichtigkeit. Bis jetzt war nur der eine Fall von Johne, welcher durch sein Einzeldastehen und sein oftes Citirtwerden classisch geworden ist, bekannt, in welchem Falle die Kochschen Bacillen in scheinbar tuberculösen Knoten in einem Foetus einer syphilitischen Kuh nachgewiesen wurden.

Das erste Präparat betrifft einen 8monatlichen Foetus, welcher aus der Gebärmutter einer tuberculösen Kuh herausgenommen wurde. In der Leber, im Hilus der Leber und in den Bronchialdrüsen wurden bei intacten Lungen die Riesenzellen und in jeder Riesenzelle sehr zahlreiche Bacillen nachgewiesen.

Das zweite Präparat betrifft ein 6wöchentliches Kalb, welches ebenfalls bei intactem Lungengewebe die eben beschriebenen Riesenzellen mit Bacilleninhalt in der Leber, dem Leberhilus und den Bronchialdrüsen enthielt.

Wegen des noch darüber herrschenden Dunkels können wir die Erblichkeit der Tuberculose nicht ab ovo oder e sperma annehmen, sondern müssen glauben, dass durch die transplacentare Blutcirculation die Bacillen von der Mutter aus direct in den Foetus geführt werden, wofür ja auch das Unversehrtsein der Lungen und das nächste Vorkommen der Bacillen in der Leber und deren Umgebung sprechen.

Verff. betonen, dass sie den hübschen Nachweis der Tuberculose in diesen beiden Fällen der neuen Methode von Hermann verdanken; diese rasche und sichere Methode erlaubt in weniger als 2 Minuten den Bacillus zu färben. Die Methode ist folgende: Die Schnitte werden während einer Minute ungefähr in ein Bad gelegt, welches aus einer alcoholischen Lösung von Methylviolett 6 B und einer ammoniacalischen Flüssigkeit (Ammonium carbonicum 1 pCt.) zusammengesetzt ist; man erhitzt oberhalb einer kleinen Flamme, bis kleine Blasen auf der Oberfläche platzen; gleich nachher taucht man das Präparat in Salpetersäure (1 zu 4 oder zu 10 bei dünnen Schnitten) während 2—3 Secunden und darauf in absoluten Alcohol; man erhellt durch „Essence de Girofle, Terebène, Xylol und Baume". Genau beschrieben befindet sich die Methode in den „Annales de Duclaux". Dr. P. K.

Digitized by Google

Aphasie durch Gehirnabscess. Trepanation. Heilung. Von Dr. Sänger und Dr. Sick. (Deutsche med. Wochenschr. No. 10, 1890.)

Der vorstehende Fall spricht gegenüber anderen gegentheiligen Beobachtungen (cf. diese Monatsschrift 1885, pag. 153, 1887, pag. 105) entschieden für die Richtigkeit der Wernicke'schen Aufstellung einer genau characterisirten, als sensorische Aphasie bezeichneten Sprachstörung und deren Localisation im linken Schläfenlappen. — Bei einem 52jähr. Patienten, welcher an einer acuten Exacerbation einer chronischen, linksseitigen Mittelohreiterung erkrankte mit deutlichen Symptomen von Hirndruck (Pulsverlangsamung, mässige Unbesinnlichkeit, Erbrechen, Obstipation, beginnende Stauungspapille) und sensorischer Aphasie, wurde die Diagnose auf einen circumscripten, raumbeschränkenden Process, und zwar mit Rücksicht auf das Ohrenleiden, auf einen Hirnabscess im linken Schläfenlappen gestellt und zur Trepanation oberhalb der Ohrmuschel, entsprechend der ersten Schläfenwindung, geschritten, wobei gleichzeitig, da sich der Warzenfortsatz eitrig infiltrirt zeigte, eine gründliche Aufmeisselung desselben vorgenommen wurde. Beim Aufheben der Dura mater vom Felsenbein fand sich am Tegmen tympani eine rauhe, mit eitrigen Massen bedeckte Stelle, welche ausgelöffelt wurde. Dura intact. Der ersten Schläfenwindung entsprechend, wird in die gespannte Hirnhaut incidirt und eine Probepunction im hinteren Drittel der ersten Schläfenwindung, 2 Ctm. tief gemacht, welche Eiter ergab. Incision des Abscesses entleerte mehr als einen Esslöffel dicken Eiters. Drainage der Abscesshöhle, Ausstopfung der Höhle im Warzenfortsatz und Felsenbein mit Jodoformgaze. Verheilung der Wunde innerhalb 7 Wochen. Hierbei wurde die interessante Beobachtung gemacht, dass die Sprachstörung sich mehr und mehr zurückbildete, so dass 2 Monate nach Entlassung des Pat. keine aphasischen Störungen mehr zu bemerken waren, nur schien das Gedächtniss nicht mehr ganz so gut wie früher zu sein und auch das Rechnen verursachte etwas mehr Schwierigkeit. Die Heilung der Aphasie wird wohl mit Recht darauf zurückgeführt, dass in diesem Falle die Rindenbezirke der Wernicke'schen Region weniger ergriffen gewesen sein mögen, als die Markmassen des Schläfenlappens.

Keller.

Extraction eines in die Bauchhöhle, nach Perforation des Magens, gelangten Löffels. (Extraction d'une cuillère tombée dans la cavité péritonéale après perforation de l'estomac, guérison.) Von Dr. Le Dentu. (Bulletin de l'académie de médecine de Paris, Séance du 8 Janvier 1889.)

Ein durch Leichtsinn in den Oesophagus eingeführter Löffel fiel bis in den Magen. Die Gastrotomie wurde nach der üblichen classischen Methode ausgeführt, der Löffel aber wurde nicht aufgefunden; letzterer hatte die Magenwand durchbohrt und befand sich in der Bauchhöhle, wo sich eine Abcapselung localer Natur gemacht hatte. Die mediane Laparotomie wurde nun ausgeführt, der Magen reducirt und genäht; der Löffel war von Holz und 27 Ctm. lang. Das Peritoneum wurde drainirt und es trat vollständige Genesung ein.

Dr. P. K.

Digitized by Google

63. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Bremen, 15.—20. September 1890.

Die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abtheilung No. 21 für Laryngologie und Rhinologie haben die Herren Dr. med. Schaeffer, einführender Vorsitzender (Kohlhökerstrasse 3) und Dr. med. Winckler, Schriftführer (Fedelhören 29) übernommen. Dieselben laden die Herren Vertreter des Faches zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilung ein und ersuchen, Vorträge und Demonstrationen frühzeitig — wenn möglich vor Ende Mai — anmelden zu wollen.

Die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, und wäre es wünschenswerth, schon in diesen Einladungen eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungs-Sitzungen geben zu können.

III. Inserate.

Tölz-Krankenheil, 2 Stunden von München.
Jodhaltige Quellen.

Indicationen: **Frauen-Hautleiden, Scrophulose, Lues, Drüsenschwellungen.**
Brochuren und Auskunft von **Dr. Letzel,** Badearzt.

INHALT.

I. Originalien: v. Stein: Resorcin in Verbindung mit Cocain bei Ohrenkrankheiten. (Schluss.) — Kafemann: Anatomisches und Therapeutisches über den Fornix pharyngis. (Schluss.) — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand. (Fortsetzung.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Purjesz: Die Anwendung des Creolin in Fällen von suppurativer Entzündung der Paukenhöhle. — Stacke: Betrachtungen über den gegenwärtigen Stand der Therapie chronischer Mittelohreiterungen, anknüpfend an einen Vortrag des Herrn Geheimrath v. Bergmann. — b) Rhinologische: Onodi: Zur Ausspülung der Nebenhöhlen der Nase. — Carbonieri: Klinischer Beitrag zur Lehre von der Localisation des Geruchssinnes. — Seiler: Rhinitis chronica als Ursache der Gesichtsacne. — Cheatham: Rhinitis als Ursache der Angenerkrankungen. — Potiquet: Kritische Studie über den käsigen Schnupfen. — Bories: Ueber die Natur des käsigen Schnupfens. — Trousseau: Ozaena und infectiöse Cornealgeschwüre. — Baumgarten: Rhinochirurgische Mittheilungen. — Patrzek: Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand bei Neugeborenen. — Wright: Eine Operation zur Verbesserung der Deviation des Septum narium. — Delavan: Deviation der Nasenscheidewand. — v. Montréal: Zusammenhang zwischen Gesichtsrose und dem Erythem einerseits und dem inneren Nasendruck andererseits. — Duffield: Operation eines sarcomatösen, am hinteren Theile der Choanen sitzenden Tumors. — Finne: Nervöse, durch Nasenleiden hervorgerufene Leiden. — Jarvis: Zwei Fälle von congenitaler Verschliessung der Choanen. — Lincoln: Heilung eines recidivirenden Nasenrachentumors durch Electrolyse. — c) Pharyngo-laryngologische: Zwillinger: Ueber Bursitis pharyngea acuta. — Salzer: Prof. Billroth's Modification der v. Langenbeck'schen Methode der Uranostaphyloplastik. — Bronner: Einige Erkrankungen der Bursa pharyngea. — Hood: Ein Fall von chronischem Nasen- und Pharynxcatarrh. — Dunlop: Ueber acute folliculäre Mandelentzündung. — Lincoln: Recidiv eines Larynxtumors 22 Jahre nach der Entfernung durch Laryngotomie. — Potter: Menthol bei Erkrankungen der oberen Luftwege. — Suckling: Angeborener Kehlkopfstridor bei Kindern. — Ségond: Fall von Cystenkropf. — Curgenven: Ein Kropf bei einem Knaben. — Poncet: Ueber ergiebige Einschnitte bei Krebs der Glandula thyroidea. — Bateman: Ueber einen dunkeln Fall von Larynxstenose. — Massei: Einige Fälle von Fremdkörpern der Trachea. — Ekel: Ein Fremdkörper in der Trachea. — Fort: Oesophagusstrictur, geheilt durch lineare Electrolyse. — Malvoz und Brouwier: Zwei Fälle von congenitaler Tuberculose beim Kalbe mit Nachweis der Koch'schen Bacillen. — Sänger und Sick: Aphasie durch Gehirnabscess. — Le Dentu: Extraction eines in die Bauchhöhle, nach Perforation des Magens, gelangten Löffels. — 63. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Bremen. — III. Inserate.

Beiliegend 3 Tafeln zu Dr. R. Kafemann's Aufsatz.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, Mai 1890.** **No. 5.**

I. Originalien.

Die „Tonbringer".

Von

A. Rettig in Saarbrücken.

Aehnliche Hilfsmittel für das Ohr, wie Brille, Fernrohr und Microscop für das Auge, sind von jeher lebhaft gewünscht worden. Dieser Wunsch dürfte durch die vorliegende Erfindung seiner Erfüllung näher gerückt sein.

Dieselbe ist von grösster Bedeutung für alle akustischen Zwecke. Hier soll sie indessen im Wesentlichen nur insoweit kurz dargelegt werden, als sie für die Unterstützung des geschwächten Gehörs Bedeutung hat.

Ich glaube in dem Paraboloide die mathematische Form erkennen zu sollen, welche für diese Zwecke die günstigste ist.

Durch das Paraboloid werden die Schallwellen in seinem Brennpunkte concentrirt und so ein neues Toncentrum in der Nähe des Hörers geschaffen, neben dem ursprünglichen Toncentrum, der Erzeugungsquelle des Tones.

Die Concentration der Schallwellen im Brennpunkte des Paraboloids bedingt als solche schon eine bedeutende Verstärkung des Tons. Es findet aber ausserdem auch noch eine besondere, und zwar ausserordentliche Verstärkung des Tons durch die Schwingungen des Paraboloids selbst statt.

Die vorliegenden Apparate wirken nicht nur durch die Luftschall-

Digitized by Google

wellen auf das Trommelfell nebst Zubehör, sondern vermittelst der Knochenleitung auch direct auf den Hörnerv. Die Schwingungen des Paraboloids werden nämlich durch die feste Leitung auch direct den Kopfknochen, welche den Gehörgang umgeben, und durch diese dem Hörnerv mitgetheilt. Diese Wirkung des Paraboloids tritt stets ein, falls Knochenleitung und Hörnerv überhaupt noch activ sind; sie ist bei der mächtigen Verstärkung des Tones durch das Paraboloid sogar ein Hauptfactor. Dass oft bei Schwerhörigen eine relativ viel grössere Erweiterung der Hörweite beim Gebrauche dieser Apparate eintritt als bei Guthörenden, so dass bei einem Apparate, welcher für Guthörende z. B. nur eine vierfache Erweiterung der Hörweite bewirkt, bei Schwerhörigen zuweilen eine dreissigfache und noch grössere Erweiterung der Hörweite, verglichen mit der Hörweite ihres unbewaffneten Ohres, erscheint, hängt mit der directen Zuleitung der Schwingungen des Paraboloids zu dem Hörnerv durch die Knochenleitung zusammen. Die Regel ist, dass das Maass der Erweiterung der Hörweite beim Gebrauche dieser Apparate für Schwerhörige relativ dasselbe ist, wie bei Guthörenden. Die anormale Erweiterung der Hörweite bei manchen Schwerhörigen ist nur eine Erscheinung des im concreten Falle bestehenden Missverhältnisses zwischen der Leistung des Trommelfelles einerseits und der Leistung der Knochenleitung und des Hörnervs andererseits. Sie tritt naturgemäss um so auffallender, manchmal wie eine Art Wunder auf, je grösser dieses Missverhältniss ist.

Knochenleitung und Hörnerv sind bei Schwerhörigen nicht selten in guter Verfassung, während das Trommelfell nebst Zubehör sich bei ihnen regelmässig in sehr übeler Verfassung befindet. Selbst bei sogen. Taubstummen sind Knochenleitung und Hörnerv öfter noch einigermaassen leistungsfähig. Solchen Taubstummen kann sehr wohl mit einem passenden Apparate zum Hören gedient werden. Da die Wirkung des Paraboloids durch Vermittelung der Knochenleitung die Mitwirkung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen nicht erfordert, findet sie auch dann statt, wenn Trommelfell und Gehörknöchelchen ganz fehlen.

Als Beispiel, in welchem Maasse das Paraboloid den Ton verstärkt und die Hörweite erweitert, kann u. A. dienen, dass bei Messungen gegenüber dem Ticken einer Taschenuhr ein kleiner Stahlapparat von 1 Mmtr. Brennweite, 2 Ctm. vorderer Oeffnungsweite, $2^1/_2$ Ctm. Achsenlänge, bei Anwendung einer steifen Gummiröhre eine Erweiterung der Hörweite um das 1,60fache = 2,56facher Verstärkung, ein Stahlapparat von 10 Mmtr. Brennweite, 20 Ctm. vorderer Oeffnungsweite, 25 Ctm. Achsenlänge, bei Anwendung einer mittelharten Kautschukleitungsröhre mit angeschlossener steifer Gummileitungsröhre ohne Resonanzregulirung eine Erweiterung der Hörweite um das 9,98fache = 99,70facher Verstärkung, bei Anwendung eines Resonanzregulirungsrings mit 3 angezogenen, je 90^0 von einander entfernten Schrauben eine Erweiterung der Hörweite um das 13,50fache = 182,25facher Verstärkung ergeben hat. Bei allen diesen Messungen wurden die Apparate frei in der Hand gehalten. Die eben gedachten, von Fried. Krupp zu Essen a. d. Ruhr ausgeführten Apparate erreichen indessen, so gross ihre Wirkung auch an sich ist, ihre Sollstärke noch bei Weitem nicht, sondern vielleicht nur etwa 10 pCt. derselben, weil die Zeichnungen, nach welchen sie gearbeitet

Digitized by Google

wurden, noch viel zu wünschen übrig liessen. Die akustische Leistung des Apparats steht aber in directem Verhältniss zu seiner mathematischen Genauigkeit. Nachdem es mir inzwischen gelungen ist, die Zeichnung der Parabel durch das Licht herzustellen (Momentphotographie), können wirklich genaue Parabelzeichnungen und auf Grund derselben Paraboloide von sehr grosser Genauigkeit ausgeführt werden. In Zukunft wird es daher möglich sein, die oben bezeichneten Resultate mit sehr viel kleineren Apparaten zu erzielen. Die Lichtzeichnung hat überhaupt erst ermöglicht, diejenigen Formen sicher zu schaffen, welche für den practischen Gebrauch besonders wichtig sind, nämlich für den gewöhnlichen Gebrauch zu Lande Paraboloide von sehr kleiner Brennweite, von einer Brennweite von 1 Mmtr. und weniger, für den Gebrauch zur See, wenn es sich um Beobachtungen über die See hin handelt, Paraboloide von grosser Brennweite, etwa von $1^1/_2$ Mtr. Brennweite an.

Aus der mathematischen Natur des Paraboloids folgt, dass die Concentration der Schallwellen im Brennpunkte des Paraboloids eine um so intensivere sein muss, je mehr die Schallwellen parallel der Achse des Paraboloids einfallen. In Folge dessen erscheint der Ton immer am stärksten, wenn die Achse des Paraboloids gegen die Quelle des Tons gerichtet ist. Diese höchst characteristische Eigenschaft des Paraboloids ermöglicht, genau, und zwar im Momente, auch die Richtung zu bestimmen, aus welcher der Ton kommt. Man braucht dazu nur den Apparat im Kreise spielen zu lassen und etwa noch auf und nieder zu bewegen. In der Richtung, in welcher das beobachtete Geräusch am stärksten erscheint, muss die Quelle des Tons liegen.

Die Eigenschaft, dass man damit die Richtung bestimmen kann, aus welcher der Ton kommt, kommt jedem Paraboloide zu, gleichviel, wie gross oder wie klein seine Brennweite ist. In dieser Hinsicht stimmt die akustische Arbeit des Paraboloids mit seiner optischen Arbeit völlig überein. Die akustische Arbeit der Paraboloide kleinerer Brennweite weicht aber in einer anderen Hinsicht, nämlich bezüglich ihres Verhaltens zu den Seitenschallwellen, von ihrer optischen Arbeit in erheblicher Weise ab. Paraboloide kleinerer Brennweite, sogen. gestreckte Paraboloide, verstärken nämlich auch Seitenschallwellen in gewissem Maasse, während durch das Paraboloid nur diejenigen Lichtstrahlen im Brennpunkte des Paraboloids concentrirt werden, welche parallel der Achse einfallen. Das von dem optischen Verhalten abweichende akustische Verhalten der Paraboloide kleinerer Brennweite hat seinen Grund darin, dass in dem mit dem Ohre durch die Leitungsröhre verbundenen gestreckten Paraboloide — was auch von dem äusseren Gehörgange des natürlichen Ohres gilt — eine eingeschlossene Luftmasse steht. Auf diese eingeschlossene Luftmasse vermögen auch Seitenschallwellen einen Druck auszuüben, und so, in erheblichem Maasse verstärkt, zum Ohre zu gelangen.

Die gedachte Nebeneigenschaft der Paraboloide kleinerer Brennweite ist für den gewöhnlichen Gebrauch zu Lande, namentlich für Schwerhörige, sehr erwünscht, da flache Paraboloide nur diejenigen Schallwellen verstärkt zur Wirkung gelangen lassen, die parallel der Achse einfallen, ihre Achse also, wenn der Ton verstärkt gehört werden soll, gegen die Quelle des Tons gerichtet sein bezw. gerichtet werden muss. Auf See macht die gedachte Eigenschaft der gestreckten Paraboloide

Digitized by Google

dieselben unverwendbar, wenn es sich um die Beobachtung des Wassergeräusches eines in der Ferne fahrenden Schiffs handelt, weil in solchem Falle das massenhafte Wellengeräusch in der Nähe des Beobachters von der Verstärkung durch das Paraboloid fern gehalten werden muss. Letzteres wird erzielt, wenn das Paraboloid sehr flach und seine Achsenlänge sehr kurz ist. Das Paraboloid arbeitet alsdann akustisch nur in derselben Weise wie optisch, d. h. es gelangen nur die Schallwellen in den Brennpunkt bezw. verstärkt zum Ohre des Beobachters, welche parallel der Achse des Paraboloids einfallen. Es fällt eben alsdann dasjenige weg, was bei gestreckten Paraboloiden die Verstärkung von Seitenschallwellen ermöglicht, nämlich die eingeschlossene Luftmasse. Die seitwärts einfallenden Schallwellen gehen bei sehr flachen Paraboloiden seitwärts auch wieder hinaus, ohne in den Brennpunkt zu gelangen, gerade so, wie die seitwärts einfallenden Lichtstrahlen. Gilt es auf dem Lande, Seitenschallwellen bezw. Geräusche in der Nähe von der Verstärkung fern zu halten, so sind auch auf dem Lande sehr flache Paraboloide angezeigt. Die Beschränkung des Beobachtungsfeldes, welche man für optische Zwecke durch Einschränkung des Gesichtsfeldes erzielt, wird für akustische Zwecke dadurch erzielt, dass man Paraboloide zur Beobachtung wählt, welche nur diejenigen Schallwellen zur Verstärkung gelangen lassen, welche parallel der Achse einfallen, nämlich sehr flache Paraboloide von sehr geringer Achsenlänge.

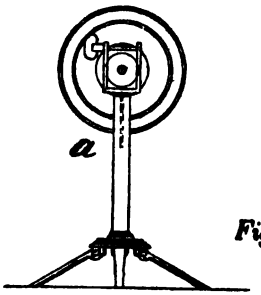
Die akustischen Eigenschaften des Paraboloids machen dasselbe vorzüglich geeignet zum Fein- und Weithören, sowie zur Unterstützung des geschwächten Ohres. Die Eigenschaft des Paraboloids, dass man mit demselben auch die Richtung feststellen kann, aus welcher der Ton kommt, erhöht den Werth desselben für alle diese Zwecke. Dass die akustischen Eigenschaften des Paraboloids u. A. ganz besonderen Werth in den vielen Fällen haben, in welchen die optische Beobachtung versagt, ist von selbst klar.

Bei Schwerhörigen wird durch das Paraboloid selbst erzielt, was man bei den gewöhnlichen Hörröhren durch das für das Ohr sehr bedenkliche Hineinsprechen zu erzielen sucht.

Das Paraboloid kann auch mit dem Telephon, dem Microphon, sowie mit dem Phonographen mit Vortheil verbunden werden. Es eignet sich dasselbe ferner vorzüglich zum directen Fernsprechen, zum Wachtdienst jeder Art, u. A. auch zum Wachtdienste in Eisenbahnzügen und auf der Eisenbahnstrecke, sowie insbesondere auch für ärztliche Zwecke, zu welchen allen besondere Constructionen geschaffen wurden.

Die Grundformen der Tonbringer zeigen die Figuren 1 und 2. Figur 1 stellt einen paraboloidischen Hohlkörper dar, der senkrecht zur Achse so abgeschnitten ist, dass sich der Brennpunkt zwischen Scheitel und Schnittebene befindet. An der Stelle des abgeschnittenen Scheitelstückes wird eine konische, cylindrische oder auch parabolische Leitungsröhre an das Paraboloid angeschlossen. Das Paraboloid ist so weit vor dem Brennpunkte abzuschneiden, dass alle durch den Brennpunkt hindurchgehenden Schallwellen auch wirklich in die Leitungsröhre gelangen. Für alle durch Figur 1 characterisirten Fälle werden Parabeln von kleinerem Parameter verwendet.

Digitized by Google



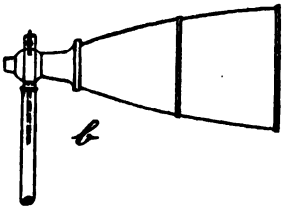
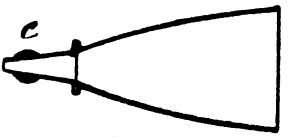
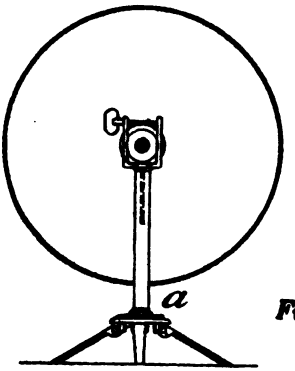


Fig. 1.





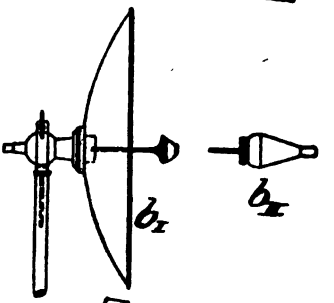
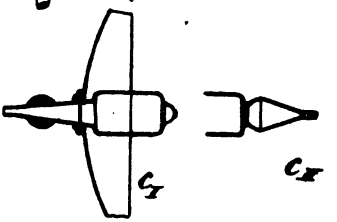
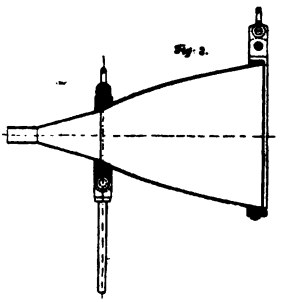
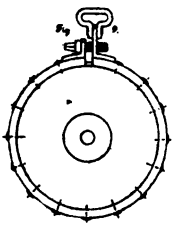


Fig. 2.







Digitized by Google

Dies ist die einfachste Form, welche ihrer Einfachheit und geringen Verletzbarkeit wegen namentlich zum Handgebrauche zu empfehlen ist.

Figur 2 stellt die zweite Grundform des Apparats dar. Dieselbe wird dadurch erhalten, dass ein Rotationsparaboloid zwischen Brennpunkt und Scheitel senkrecht zur Achse durchschnitten wird. Da hier alle nach dem Brennpunkte convergirenden Tonwellen eine vom Scheitelpunkte der Parabel abgeneigte Richtung haben, so kann ein directes Zuführen der im Brennpunkte concentrirten Tonwellen in die nach dem Scheitel zu angebrachte konische Leitungsröhre nicht stattfinden, es muss daher solches indirect geschehen. Dies wird, wie Figur 2 b I c I zeigt, dadurch bewirkt, dass ein kleines Gegenparaboloid so angebracht wird, dass sein Brennpunkt und seine Achse mit der des grossen Paraboloids zusammenfallen. Die Oeffnungsweite des Gegenparaboloids hat mit der des Scheitelausschnitts übereinzustimmen und der Brennpunkt innerhalb des Gegenparaboloids zu liegen. Durch dieses Gegenparaboloid werden die nach dem Brennpunkte convergirenden Tonwellen parallel der Rotationsachse in die am Scheitel angebrachte konische Leitungsröhre hineinreflectirt und von da nach dem Ohre geführt. Der Parameter des Gegenparaboloids ist so zu bemessen, dass alle von dem grossen Paraboloide kommenden Tonwellen von dem Gegenparaboloide aufgenommen werden. An Stelle der konischen Leitungsröhre kann, wenn es nicht darauf ankommt, Seitenschallwellen von der Verstärkung fern zu halten, auch ein weiteres, wie bei Fig. 1 abgeschnittenes, Paraboloid an das grosse Paraboloid angeschlossen werden. An Stelle des Gegenparaboloids kann vor dem Paraboloide auch eine konische Leitungsröhre, deren Gestalt Fig. 2 b II c II zeigt, und welche ebenfalls die Achse mit dem Paraboloide gemeinsam hat und auch so angebracht ist, dass der Brennpunkt des Paraboloids innerhalb derselben liegt, zur Leitung des Tones von dem Paraboloide her angebracht werden. Derselbe Apparat kann auf beides, die Anbringung eines Gegenparaboloids oder einer konischen Leitungsröhre vor dem Paraboloide, eingerichtet werden. Die Befestigungsweise des Gegenparaboloids und der konischen Leitungsröhre vor dem Paraboloide ergiebt die Fig. 2 c I c II. Zu dieser Grundform, welche sich ganz besonders zu Apparaten für die Marine eignet, sind Parabeln von grösserem Parameter zu verwenden.

(Schluss folgt.)

Ueber Verkrümmung der Wirbelsäule bei obstruirenden Nasenleiden.

Von **C. Ziem.**

Der Forderung des Horaz, eine Abhandlung erst 9 Jahre lang im Pulte liegen zu lassen, ehe man dieselbe in die Oeffentlichkeit bringt, bin ich mit dem vorliegenden Gegenstande in vollem und selbst übervollem Maasse nachgekommen, und es sind bereits mehr als 10 Jahre verflossen, dass ich bei experimentell erzeugter einseitiger Nasenstenose auch Verkrümmung der Wirbelsäule erzielt habe und Zeichnungen der so erhaltenen Veränderungen besitze. Allerdings habe ich diese Frage

Digitized by Google

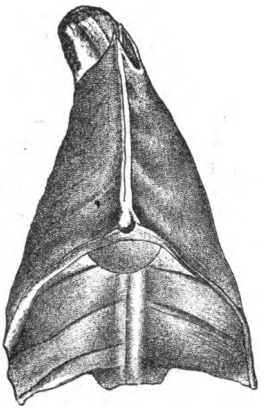
schon bei einer anderen Gelegenheit wenigstens berührt und in meiner Arbeit über Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten auch die im Gefolge der Asymmetrie des Schädels auftretende Asymmetrie der Wirbelsäule mit einigen Worten gestreift, indem ich Folgendes sagte: „Während von den meisten, ja fast allen Autoren die Scoliose der Wirbelsäule als Ursache einer Asymmetrie des Schädels erwähnt wird und besonders auch nach Peter Camper das Angesicht eines schiefen Menschen mit Nothwendigkeit schief werden muss, findet doch wohl oftmals auch das entgegengesetzte Verhältniss statt, so dass eine Verkrümmung der Wirbelsäule die Folge der Verkrümmung des Schädels ist. Schon im Jahre 1879 habe ich bei meinen Versuchsthieren zugleich auffällige Difformitäten der Wirbelsäule und des Thorax gefunden und ich kann dieselben an wohlgelungenen geometrischen Zeichnungen jeder Zeit auf's Deutlichste demonstriren. Es war interessant für mich zu sehen, dass Prof. Lesshaft in St. Petersburg durch Belastung einer Kopfhälfte mit kleinen Gewichten bei einem Huhne und einem Kaninchen gleichfalls Scoliose der Wirbelsäule erzielt hat. Auch ist an dem Sagittalschnitt auf Taf. 29 des topographisch-anatomischen Atlasses von W. Braune nicht nur eine erhebliche Scoliose der Wirbelsäule (und des Beckens, vergl. die zugehörigen Holzschnitte auf S. 211 des Textes), sondern auch eine hochgradige Verbiegung der Nasenscheidewand zu erkennen, letztere meines Erachtens als Ausdruck einer Asymmetrie des Gesichts. Dass die Asymmetrie des Kopfes das Primäre, die der Wirbelsäule und des Beckens das Secundäre gewesen, das lässt sich freilich aus diesem Präparate nicht mehr deduciren. Erinnert man sich aber, dass das Gewicht des Kopfes beim Erwachsenen nach Krause $^1/_{17}$ — $^1/_{11}$, beim Neugeborenen nach Valentin sogar $^7/_{25}$ des ganzen Körpergewichtes beträgt, so ist wohl ohne Weiteres ausserordentlich wahrscheinlich, dass eine Mehrbelastung Seitens einer Kopfhälfte, besonders in jugendlichem Alter, eine Verkrümmung der Wirbelsäule, jenes so biegsamen Stabes, nach sich ziehen wird. Noch sei erwähnt, dass in dem kürzlich von Ziehl beschriebenen Falle von congenitaler, einseitiger Gesichtshypertrophie bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben der Kranke seinen Kopf nach der entgegengesetzten Seite geneigt zu halten pflegte, um so, wie Ziehl sehr richtig vermuthet, den einseitig stärker entwickelten und schwereren Kopf leichter balanciren zu können“*). Ich hatte mir damals vorbehalten, auf diese Verhältnisse bei anderer Gelegenheit ausführlicher einzugehen. Auch jetzt würde ich die Publication jener so mancher Ergänzung bedürfenden Zeichnungen wohl noch verschoben haben, wenn nicht eine in diesen Tagen an mich gelangte Zuschrift eines literarisch wohlbekannten Collegen, des Herrn Dr. Redard in Paris, der auch seinerseits diesem Gegenstande seine Aufmerksamkeit gewidmet hat, mich gewissermaassen verpflichtete, zur Klarlegung und Beförderung dieser zweifellos wichtigen Beziehungen auch mein bescheidenes Theil beizutragen.

Figur 1 und 2 der hier beifolgenden, mittelst des Lucae'schen Diopters in geometrischem Aufrisse aufgenommenen und dann verkleinerten Zeichnungen entstammen einem und demselben Thiere, einem ganz jungen Kaninchen, dem das eine Nasenloch auf blutigem Wege angefrischt und

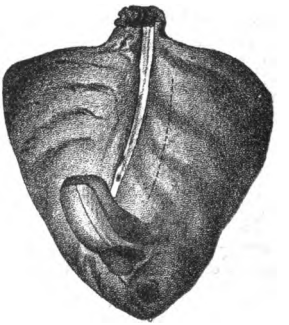
*) Diese Monatsschrift 1883, No. 2 u. folg.

Digitized by Google

dann mit Draht zusammengenäht worden und welches dann etwa 8 Wochen später getödtet worden war. Fig. 3 giebt den Kopf und die Wirbelsäule eines in derselben Weise präparirten Kaninchens im Zusammenhange, Fig. 4 Kopf und Wirbelsäule des zu jenem gehörenden, natürlich unversehrt gebliebenen Controlthieres. Figur 3 und 4 sind in der Weise angefertigt, dass, nachdem an dem frisch getödteten und abgehäuteten Thiere die Extremitäten, Rippen und alle Weichtheile hart an der Wirbelsäule und am Becken abgetragen, das durch seine Eigenschwere ausgestreckt gehaltene Präparat an den Schwanzwirbeln aufgehängt, genau in der Profilansicht des Beckens fixirt und sodann auf einer in senkrechter Richtung aufgestellten und in besonderer Weise befestigten Glastafel von einem geübten Zeichner, natürlich gleichfalls in geometrischer Projection, abgezeichnet worden ist.



Figur 1.



Figur 2.

An den Zeichnungen ist besonders das Folgende zu beachten:

An Figur 1 (Vorderansicht) die flachere Beschaffenheit der linken Thoraxhäfte, die Verbiegung der Halswirbelsäule und des Brustbeines;

an Figur 2 (Ansicht von oben) die Verkrümmung der Halswirbelsäule und des Rückgrates, sowie die äusserst deutliche Asymmetrie der beiden Hälften des Thorax;

an Fig. 3 die gegenüber der Fig. 4 sehr auffällige Verschiedenheit im Ansehen und der Gestaltung a) der Lendenwirbelsäule besonders hinsichtlich der lordotischen Verbiegung derselben in Figur 3 und des dort, in Figur 3, nur zum geringsten Theile, hier dagegen, in Figur 4, zu einem weit grösseren Theile Sichtbarwerdens der Lendenwirbelkörper —, b) des Kopfes, indem nämlich in Figur 3 ein weit grösserer Theil der zwischen den Unterkieferbogen gelagerten Weichtheile zu sehen ist, als in Fig. 4, was natürlich nicht sowohl auf eine stärkere Drehung des todten Präparates im Atlanto-Occipitalgelenke, als vielmehr auf eine schon am lebenden Thiere vorhandene Drehung der Halswirbelsäule um ihre sagittale Achse zu beziehen ist. Denn es ist uns damals in keiner Weise gelungen, an dem in Fig. 3 abgebildeten Präparate dieselbe Configuration

Digitized by Google

L. R.

Figur 3.

L. R.

Figur 4.

Digitized by Google

der Theile zu Stande zu bringen, die in Fig. 4 dargestellt ist. Wenn man nämlich den Kopf des Präparates von Figur 3 so nach links hin drehte, dass der Abstand zwischen den beiden Unterkieferbogen derselbe wurde, wie in Fig. 4, so trat zu gleicher Zeit auch eine Drehung der ganzen Wirbelsäule ein in der Weise, dass die Lendenwirbelkörper nun vollständig ausser Sicht kamen und auch das Becken nicht mehr, wie vorher, im absoluten Profil erschien. Versuchte man umgekehrt einen dem in Fig. 4 dargestellten, entsprechenden Theil der Lendenwirbelkörper auch an dem Präparate der Fig. 3, und zwar durch Drehung der Lende nach rechts hin, zur Anschauung zu bringen, so trat zugleich auch eine Drehung der gesammten Wirbelsäule und des Kopfes nach rechts hin ein, so dass dann auch der Abstand zwischen den beiden Unterkieferbogen noch grösser wurde, als er schon in Fig. 3 dargestellt ist. Wie sich aus diesen Angaben wohl zweifellos ergiebt, war die Torsion der Wirbelsäule also eine organische.

Genaueres über jene Präparate vermag ich jetzt leider nicht mehr mitzutheilen, da mir dieselben, obwohl eine Zeit lang in Wickersheimer'scher Lösung aufbewahrt, schliesslich denn doch zu Grunde gegangen sind. Doch beabsichtige ich, diese Versuche demnächst wieder aufzunehmen, um die so zu Stande kommenden Verkrümmungen der Wirbelsäule und weiterhin auch des gesammten Skelettes dann mehr im Einzelnen und genauer studiren zu können, als es für den hier vorliegenden Zweck zunächst erforderlich schien.

Auf den ersten Anblick muss man in der That erstaunen, wie grosse Wirkungen auch hier anscheinend geringfügige Ursachen haben: eine chronische Verstopfung einer Nasenhälfte bringt eine Verkrümmung selbst der Wirbelsäule zu Wege! Und doch erklärt sich das Alles ja in äusserst einfacher und folgerichtiger Weise. Die ständige Undurchgängigkeit einer Nasenhälfte verursacht eine Störung in der Ausbildung der dieselben umgrenzenden Gesichtsknochen, die hierdurch bedingte Asymmetrie des Kopfes eine ungleichmässige Belastung und daher eine Verbiegung der Halswirbelsäule, weiterhin dann eine compensatorische Verkrümmung der gesammten Wirbelsäule. Jedenfalls heisst es auf halbem Wege stehen bleiben, wenn man mit Schech nur von einer Verkrümmung der Halswirbelsäule im Gefolge von frühzeitiger Obstruction der Nase spricht*), wie das einem Jeden, der mit der Statik des Skelettes selbst nur ein wenig sich beschäftigt hat, ohne Weiteres einleuchten muss. Ich könnte dies übrigens auch an dem Skelette eines Hundes demonstriren, welchem ich eine Fractur des aufsteigenden Astes des einen Oberkiefers beigebracht hatte und welcher dann nach Wochen nicht nur eine asymmetrische Entwicklung des Gesichts- und Hirnschädels, sondern auch eine sehr ausgesprochene Scoliose der ganzen Wirbelsäule und selbst des Beckens erkennen liess.

Der so früh verstorbene, für viele seiner Kranken und manche seiner jüngeren Collegen zu früh verstorbene Dr. R. Hein von hier hat im Jahre 1879 meine Versuche und Präparate mit angesehen, und bald darauf habe ich ein junges Mädchen, Frl. A. D. aus Inowrazlaw, mit Hein zusammen untersucht, eine Kranke, bei welcher eine vor Jahren auf trauma-

*) Die Krankheiten der Nase u. s. w. 2. Aufl. 1888. S. 222.

Digitized by Google

tischem Wege zu Stande gekommene starke Verbiegung der äusseren Nase und der Nasenscheidewand mit einer in jener Familie sonst durchaus nicht zu findenden Asymmetrie der Wirbelsäule und des Schultergürtels zusammentraf. Das damals moderne Gipscorsett wurde denn auch hier angelegt, ein irgendwie nennenswerther Erfolg mit demselben aber nicht erzielt, wie man das bei den hier in Betracht kommenden ätiologischen Momenten ja auch von vornherein hätte erwarten müssen. Schlank und gerade wie eine Tanne wird immer nur ein Theil der Menschheit sein und jedenfalls erfordert das Interesse der Kranken, dass man über die Ursache einer gegebenen Verkrümmung der Wirbelsäule sich klar werde, bevor man eine eingreifende Verordnung trifft. Später habe ich dann noch bei einer grösseren Anzahl von Personen das gleiche Zusammentreffen einer Asymmetrie des Gesichts in Folge von langjähriger Stenose einer Nasenhälfte mit Verkrümmungen und Verbiegungen der Wirbelsäule, entzündlicher oder auch nicht entzündlicher Art, gefunden, doch sehe ich davon ab, diese Fälle als weitere Beweismittel hier im Einzelnen vorzuführen, um nicht von Solchen, die, mit Goethe's Worten, Nichts hören, als was sie gelernt haben und worüber sie unter sich übereingekommen sind, schliesslich doch wieder die Einwendung zu vernehmen, dass meine Auffassung für diese Fälle wohl zutreffend sein könne, aber es nicht zu sein brauche.

Danzig, den 21. Januar 1890.

Gaumenhalter mit elastischem Zug.

Von

Dr. **Hopmann,**

Dirigirender Arzt des Vincenzkrankenhauses zu Köln.

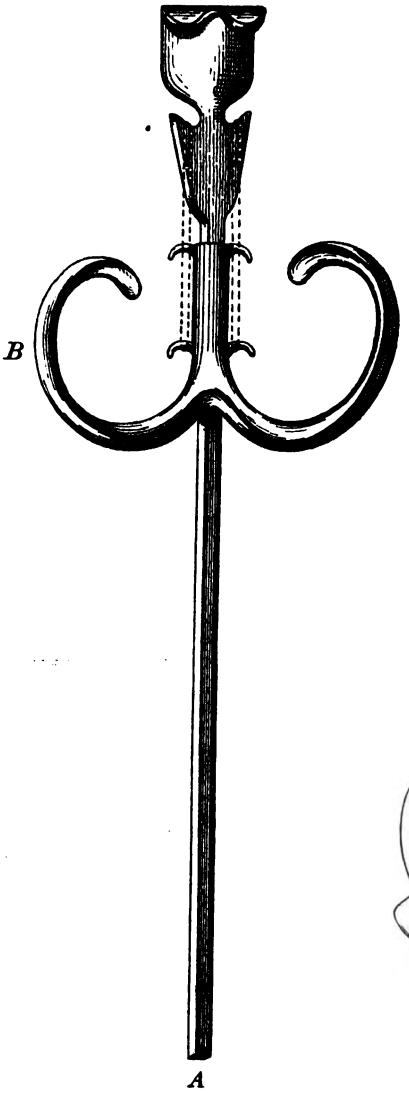
Die ersten Versuche, das Velum mittelst eines Hakens nach vorn zu ziehen, rühren, wie Voltolini auf Seite 8 seiner 1861 erschienenen Festschrift „Rhinoscopie und Pharyngoscopie" angiebt, von Vering her. Czermak wandte später zu diesem Zwecke ebenfalls einen Haken an. Türck construirte verschiedene Instrumente zum Abziehen des Gaumens (Zäpfchenhalter, Zäpfchenschnürer, Gaumensenker), ohne mit einem derselben einen nennenswerthen Erfolg zu erzielen. Auch die von ihm empfohlenen „Bändchen aus Seide von verschiedener Breite mit einer elastischen Zwischenlage als Mittelstück", welche vermittelst Belloque'scher Röhre durch eines der Nasenlöcher durchgebracht und mit den Enden über der Oberlippe fest verknüpft wurden, vermochten nicht Eingang zu finden; eben so wenig Störk's lange Seidenbänder, welche auf dieselbe Weise eingeführt wurden, deren freie Enden jedoch nicht verknüpft, sondern dem Patienten zum Anziehen in die Hand gegeben wurden („Krankheiten der Nase", Stuttgart 1880, S. 95). Thatsächlich wurden diese Methoden, das Velum abzuziehen, um dem Lichte und den Instrumenten freieren Zutritt in den Nasenrachenraum zu verschaffen, selbst in Wien nur selten benutzt und fanden anderswo kaum Nachahmung.

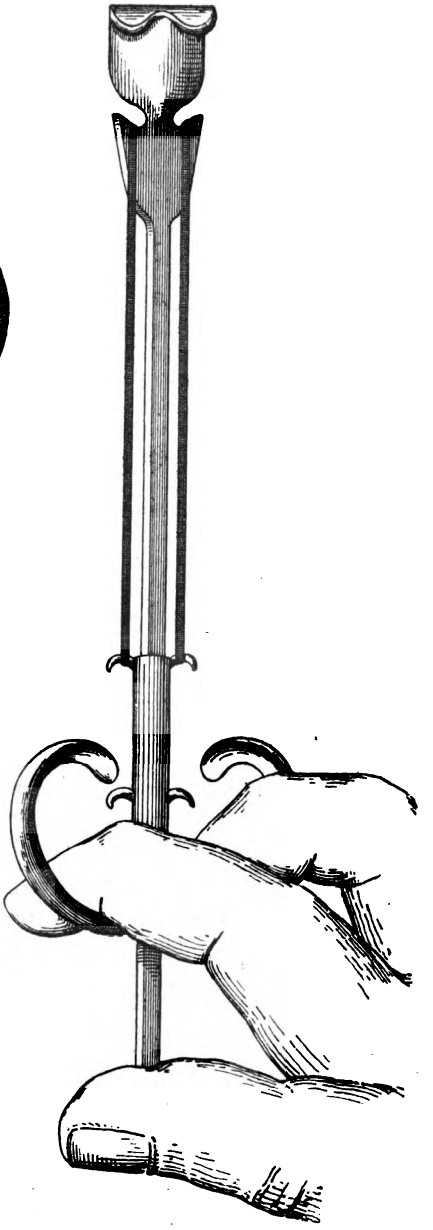
Digitized by Google

Voltolini benutzte früher den von Moura angegebenen, von ihm selbst abgeänderten Gaumenhaken (cf. „Die Anwendung der Galvanocaustik", 1871, S. 100). Doch erst das 8 Jahre später („Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie", 1879, S. 17) von ihm beschriebene neue Instrument vermochte sich Eingang zu verschaffen. Dass dieser Haken trotz auffälliger Mängel (leichtes Abgleiten, ungleichmässige Zugwirkung, Nothwendigkeit eines Assistenten, um dem Operateur die Hände frei zu machen etc.) einzelne begeisterte Lobredner fand, beweist nur, wie sehr das Bedürfniss nach einem das Cavum pharyngo-nasale freier erschliessenden Instrumente vorhanden war.

Durch das Bedürfniss geleitet, Operationen im Nasenrachenraum in einem Akte vollständig durchzuführen, kam ich selbst Ende der siebenziger Jahre auf die Türck-Störk'sche Idee zurück; doch nahm ich in toto elastische Züge, schmale Gummibänder oder dünne Gummischläuche, welche den Vortheil hatten, bequemer durch die Nasengänge eingeführt und, je nach Bedarf, lockerer oder fester angezogen und verknüpft werden zu können, ohne dass dabei der Gaumen derartig starr eingeschnürt wurde, wie durch Seide oder anderes unnachgiebiges Material. Die nicht übermässig aber gleichförmig wirkende Spannung des Gummizuges belästigt die Patienten weit weniger, als der unstete Zug des Gaumenhakens, den keine Hand für längere Zeit gleichmässig sicher anzuziehen und festzuhalten im Stande ist. Nachdem sich mir genanntes Verfahren einige Jahre hindurch bestens bewährt hatte, habe ich dasselbe gelegentlich erwähnt, so zuerst 1883 in Freiburg (Verhandl. der 56. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, S. 299), sowie später wiederholt bei verschiedenen Anlässen. Auch Andere, wie Krakauer, empfahlen in den letzten Jahren das Abziehen des Velums durch elastischen Zug mit grosser Wärme. So ausgezeichnet, ja unentbehrlich dieses Verfahren für Radicaloperationen im hinteren Abschnitte der Nase und im oberen Rachenraume mir noch stets erscheint, so ist es doch für schnell auszuführende Untersuchungen oder kleinere operative Eingriffe immer noch zu umständlich und belästigend. Für diese Zwecke kommt man immer wieder auf den Haken zurück. Luc veröffentlichte 1887 einen solchen, den er als eine Modification des Voltolini'schen bezeichnete. In demselben Jahre machte Krause in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde einen „fixirbaren" Gaumenhaken bekannt, der durch Gegendruck gegen die Oberlippe (mittelst einer Schraube ohne Ende) festgestellt wird. Diese Construction muss als ein wichtiger Fortschritt bezeichnet werden, da sie die Hand zum Untersuchen und Operiren frei macht, ohne dass ein Assistent dafür nöthig wird. Andere, in den letzten Jahren verfertigte Gaumenhaken, wie der Barth'sche, den M. Schmidt verbesserte (1889), sind nach demselben Princip zusammengesetzt; doch wird das Anziehen des Gaumens vermittelst eines durch Stellschrauben fixirbaren Schiebers besorgt, dessen Fortsätze gegen die Fossae caninae anliegen. Auch dieser Haken ist handlich und brauchbar. Meinerseits versuchte ich seit Mitte vergangenen Jahres die vorzügliche Wirkung des elastischen Zuges mit dem Haken zu verbinden. Nach Erprobung verschiedener Constructionen, welche Herr Vogel (in Firma Kühne, Sievers & Neumann, hier) nach meinen Angaben ausführte, kam schliesslich das hier abgebildete Modell zu Stande, welches allen Anforderungen, die man an einen selbstthätigen Gaumenhalter billiger

Digitized by Google





Digitized by Google

Weise stellen kann, vorzüglich entspricht. Das Instrument ist aus Aluminium angefertigt und besteht aus einem vierkantigen Stabe *A*, der sich oben in den Haken verbreitert. Der Stab mit dem Haken ist 15 Ctm. lang und hat unterhalb des Hakens an der Verbreiterung jederseits einen schräg nach abwärts gerichteten Einschnitt. Auf dem Stabe bewegt sich der unten in zwei flügelförmige Fortsätze auslaufende Schieber *B*, welcher seitlich (nach unten concave) Häkchen trägt. Zwischen diesen und den erwähnten Einschnitten unterhalb des Hakens werden Gummiringe eingespannt. Fasst man nun das Instrument derart, dass Zeige- und Mittelfinger rechter Hand von oben (oder auch von unten) in die flügelförmigen Ansätze eingreifen, während das unterste Ende des Stabes gegen die Pulpa des Daumens angedrückt wird (zur Verminderung der Druckwirkung auf die Pulpa lege man ein Wattebäuschchen zwischen ihr und dem unteren Stabende), so wird der Schieber nach abwärts gezogen und spannt die seitlich fixirten Gummiringe stärker an. In dieser Haltung schiebt man den Haken hinter das Velum und überzeugt sich, ob dasselbe richtig gefasst ist. Ist dieses der Fall, so lässt man den Schieber los und lehnt dabei die Enden der Flügel gegen die Haut der Oberlippe. Von diesem Stützpunkte aus zieht nun der gespannte Gummizug den Haken mit dem Velum nach vorn. Das Alles ist das Werk eines Augenblickes; sobald man das Gaumensegel mit dem Haken gefasst hat, ist es schon von der hinteren Rachenwand abgezogen und wird in dieser Stellung festgehalten.

Man könnte nun einwenden, dass ein und derselbe elastische Zug für die verschiedenen Fälle nicht ausreicht, da sowohl die Entfernung des Velumansatzes von dem Alveolarfortsatz, als auch die zu überwindenden Muskelkräfte des Segels selbst nach Alter, Geschlecht und Individualität sehr verschieden sind. Demgegenüber ist zu bemerken, dass zwar für die meisten Fälle ein und derselbe mässig starke Zug am dienlichsten ist und vollkommen ausreicht, dass jedoch die Einrichtung des Hakens jede überhaupt in Betracht kommende Zugstärke zu wählen gestattet. Der Zug wird schwächer ausfallen, wenn man nur eine Seite armirt, oder wenn man weite, dünne Ringe benutzt; stärker, wenn man enge, kräftige Ringe oder (was am zweckmässigsten ist) mehrere dünnere Ringe übereinander einspannt. Auch kann man mit einem und demselben Ringe, je nachdem man ihn über das obere oder untere Häkchen zieht oder doppelt nimmt, verschieden starke Zugwirkung ausüben. Hat man keinen Ring zur Hand, so kann man jedes Stück Gummiband oder Drainrohr benutzen, indem man entweder durch Zusammenbinden der beiden Enden Ringe herstellt oder Löcher in die Enden brennt oder sticht und in diese die Häkchen und die Spitzen der Einschnitte einhakt.

Die Vorzüge dieses Gaumenhalters sind nun folgende:

1) Derselbe ist ungemein leicht. Mit 2 Gummiringen mittlerer Stärke versehen, wiegt er nur 9,5 Gramm. In Folge dessen und der Eigenschaft des Aluminiums, für die Schleimhäute weniger fühlbar zu sein, als andere Metalle, wird der Haken von den Kranken sehr gut vertragen. Deshalb kann die vorherige Cocainisirung des Schlundes für gewöhnlich unterbleiben und bleibt auf Ausnahmefälle eingeschränkt. Die Vermehrung der Secretion aus den Speichel- und Schleimdrüsen ist weit geringer, als bei anderen Haken. Alles dieses erspart den Betheiligten, dem Arzte

Digitized by Google

und dem Kranken, Zeit und Unannehmlichkeiten und erlaubt längeres Liegenlassen des Halters.

(Was die noch nicht 10 Gramm betragende Schwere des Halters betrifft, so bemerke ich, dass ein bis dahin von mir benutzter, schon ziemlich leichter Haken aus Neusilberdraht mit Gummizug, den ich mir Mitte vergangenen Jahres anfertigen liess, 18 Gramm, ein vor diesem von mir benutzter Haken mit Schraube 24 Gramm, der von Schmidt verbesserte Haken von Barth 35 Gramm wiegen.)

2) Die Handhabung des Halters ist bequemer und leichter, als die irgend eines anderen bezüglichen Instrumentes. Während die Linke mit dem Spatel die Zunge abflacht, legt die Rechte den Haken an. Man bewirkt also die Abziehung des Velums mit einem einzigen Handgriffe.

3) Die Reinigung des Hakens lässt sich, den Vorschriften der Antiseptik entsprechend, gründlich und leicht nach jeder Anwendung vornehmen, nachdem man die Gummiringe abgestreift und den Schieber vom Stabe entfernt hat.

Diese Gründe bestimmen mich, die neue Construction der Oeffentlichkeit zu übergeben. Ich zweifle nicht, dass die grosse Erleichterung, welche dieselbe bei Untersuchungen des Nasenrachenraumes und bei instrumentellen Hantierungen in demselben gewährt, dem Gaumenhalter mit Gummizug bald Freunde erwerben wird.

Die Firma Kühne, Sievers & Neumann in Köln, Hohestrasse 103, liefert den Halter für 8 Mark.

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Fortsetzung.)

In der vorstehenden Tabelle haben wir in möglichst übersichtlicher Weise eine Reihe rhinologischer Fälle vorgeführt, denen allen, trotz ihres sonst verschiedenen pathologischen Characters, ein und dasselbe äussere Merkmal zu eigen ist, nämlich eine Schleimhautgeschwulst von ganz besonderer, so zu sagen typischer Form und Gestalt, deren Sitz an einer ebenso bestimmten Stelle der lateralen Nasenhöhlenwand gelegen ist.

Zur Unterscheidung von anderorts situirten oder anders gestalteten Schleimhautgeschwülsten der Nasenhöhle haben wir die Geschwulst ein- für allemal als „lateralen Schleimhautwulst" bezeichnet.

Digitized by Google

Die angeführten Fälle entstammen zum Theil meiner Privatpraxis, theils sind sie dem Krankenmateriale des von mir geleiteten k. k. böhmischen Universitäts-Ambulatoriums für Ohren-, Nasen- und Rachenkranke in Prag entnommen. — Lesern gegenüber, welche in der Tabelle genauere Angaben über den Local- und Allgemeinbefund, über den Krankheitsverlauf, Art und Resultat der Behandlung vermissen sollten, diene zur Entschuldigung, dass durch eingehende Schilderung jedes einzelnen Falles die Tabelle nicht nur zu viel Raum beansprucht, sondern zugleich an Uebersichtlichkeit gelitten hätte, ferner, dass unserer Abhandlung hauptsächlich der Zweck zu Grunde liegt, die Aufmerksamkeit des Lesers auf das häufige Vorkommen und die Bedeutung des lateralen Schleimhautwulstes bei gewissen Erkrankungen der Nasen- und der Nebenhöhlen zu lenken.

Wie schon eine flüchtige Durchsicht der Tabelle lehrt, wurde der laterale Schleimhautwulst unter 37 Fällen gefunden:

a) 19 Mal bei Empyem der Oberkieferhöhle mit gleichzeitiger Polypenbildung in der Nasenhöhle (9 Kranke männlichen, 10 weiblichen Geschlechtes). Dabei waren Empyem und Nasenpolypen 11 Mal einseitig (auf einer und derselben Seite), 5 Mal doppelseitig, 3 Mal die Polypenbildung doppelseitig, das Empyem und der Schleimhautwulst hingegen blos einseitig (auf einer und derselben Seite) vorhanden.

Abgesehen von der Ein- und Doppelseitigkeit der Polypen betraf das Empyem 11 Mal die linke, 3 Mal die rechte und 5 Mal beide Oberkieferhöhlen.

b) 9 Mal bei Empyem der Oberkieferhöhle allein, ohne gleichzeitige Polypenbildung in der Nase (8 Kranke männl., 1 weibl. Geschlechtes); das Empyem betraf 5 Mal die rechte, 3 Mal die linke und 1 Mal beide Kieferhöhlen.

c) 8 Mal bei Ozaena simplex (je 4 Kranke männlichen und weibl. Geschlechtes), wobei der Schleimhautwulst durchgehends doppelseitig auftrat. In einem dieser Fälle wurde doppelseitiges Empyem der Oberkieferhöhle als gleichzeitig neben der Ozaena bestehend ganz zweifellos (29. Fall), in 4 weiteren (30.—33. Fall) ziemlich bestimmt nachgewiesen, und in den 3 übrigen wohl als vorangegangen, derzeit aber schon geschwunden erachtet. Endlich wurde

d) 1 Mal (37. Fall) doppelseitiger Schleimhautwulst, jedoch ohne sonstige nachweisbare Erkrankung der Nasen- oder der Nebenhöhlen vorgefunden.

Aus der näheren Betrachtung und dem Vergleiche der einzelnen Fälle unter einander ergiebt sich in Bezug auf den lateralen Schleimhautwulst und den örtlichen Befund im Allgemeinen Folgendes:

21 Mal überdachte der Schleimhautwulst die mittlere Muschel nur zum Theil, so dass 19 Mal noch ein schmaler medialer Abschnitt und 2 Mal das untere Ende ihrer Vorderkante zu sehen war; im Uebrigen berührten sich Wulst und Muschel allemal vollständig.

In 16 Fällen hingegen trat der Wulst so unmittelbar an's Septum heran, dass er die mittlere Muschel vollkommen verdeckte; dabei war er meist derart entwickelt und gestaltet, dass eine Verwechselung mit dem vorderen Muschelende nicht nur leicht möglich, zum mindesten aber nicht ausgeschlossen war.

Digitized by Google

Blos in einem (dem 7.) Falle sah er in Folge der grauen Verfärbung seiner Vorderfläche eher einem wahren Schleimpolypen als dem beschriebenen Gebilde ähnlich.

Mit nur wenigen Ausnahmen (Ozaenafälle) setzte er vorne und lateralwärts in der Regel so scharf gegen den Boden ab, dass es entlang dieser Insertion zu Schleimhautknickung resp. zur Bildung einer mehr weniger tiefen, senkrecht nach unten verlaufenden Demarcationsfurche zwischen lateralem Wulstrande und der äusseren Nasenwand kam.

Gewöhnlich am oberen Anheftungsrande der unteren Muschel sein Ende findend, griff der Wulst 2 Mal auf diese selbst über, indem er entlang ihrer Oberfläche bogenförmig nach hinten zog, ein Mal sogar (9. Fall) das hintere Muschelende erreichte.

In den Ozaenafällen war der Uebergang des vorderen lateralen Wulstrandes in die benachbarte Schleimhaut der äusseren Nasenwand zumeist ein ganz allmähliger, so dass eine Schleimhautknickung oder ausgesprochene Demarcationslinie nicht zu Tage trat. Ferner wurde in 6 von 8 Ozaenafällen und ebenso in dem 37., vereinzelt dastehenden Falle nebst dem Schleimhautwulste auch noch deutliche Hervortreibung der nasalen Kieferhöhlenwand beobachtet.

1 Mal erschien der Berührungsspalt zwischen Wulst und mittl. Muschel im oberen Drittel der Höhe von einer rundlichen Oeffnung durchbrochen.

6 Mal trat der Wulst in Berührung mit einer ihm vom Septum entgegenstrebenden, wallförmigen Schleimhautgeschwulst, deren Verlauf regelmässig sagittal nach hinten, also senkrecht auf den Wulst gerichtet war, und welche, ähnlich wie dieser, mit dem unteren medialen Rande ganz scharf vom Boden abhob. 4 Mal war die Geschwulst einseitig, 2 Mal doppelseitig vorhanden; endlich wurde in einem (dem 6.) Falle ausgedehnte Verwachsung zwischen ihr und dem lateralen Wulste constatirt.

Das Verhalten der mittleren Muschel vor oder nach Abtragung des lateralen Schleimhautwulstes betreffend, war die Muschel mit zwei Ausnahmen allemal von der äusseren Nasenwand stark abgedrängt und der Nasenscheidewand bis zu inniger Berührung mit derselben genähert; 24 Mal wurde vorgeschrittene Atrophie, 5 Mal gänzlicher Schwund der Muschel, 3 Mal hochgradige Schleimhauthypertrophie an ihrem Vorderende beobachtet; blos 1 Mal (8. Fall) schien sie annähernd normal beschaffen.

Bei Ozaena waren die unteren Muscheln regelmässig, sonst aber nur ausnahmsweise der Atrophie verfallen resp. sonstwie pathologisch verändert. Im 27. Falle war bei doppelseitigem Oberkieferhöhlenempyem neben der lateralen Wulstbildung auch noch papilläre Schleimhauthypertrophie an den unteren Muscheln vorhanden.

Im 37. Falle konnte trotz beiderseits mächtig entwickelten, lateralen Schleimhautwülsten eine anderweitige Erkrankung der Nasen- oder der Nebenhöhlen nicht nachgewiesen werden.

In den 3 Fällen, wo doppelseitige Polypenbildung, jedoch nur einseitiges Kieferhöhlenempyem bestand, war der laterale Schleimhautwulst ebenfalls nur auf einer, und zwar auf der dem Empyem entsprechenden Seite vorhanden.

Im 12. Falle durfte gleichzeitiges Stirnbeinhöhlen- neben Empyem der Oberkieferhöhle allenfalls vermuthet, jedoch konnte es nicht klar erwiesen werden.

Digitized by Google

Wann immer bei alleinigem oder aber mit Nasenpolypen complicirten Kieferhöhlenempyeme der laterale Schleimhautwulst abgetragen wurde, kamen regelmässig hinter demselben an der äusseren Nasenwand kleine, stecknadelkopf- bis erbsengrosse Schleimhautwucherungen zum Vorschein.

In der Mehrzahl der Fälle wurde das Oberkieferhöhlenempyem direct und zweifellos, d. h. durch Irrigation der Höhle und Entleerung von Eitermassen aus derselben nachgewiesen, in den übrigen aber, namentlich wo die Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte, per analogiam aus dem Vorhandensein des lateralen Schleimhautwulstes, der eitrigen Secretion sowie anderer Symptome diagnosticirt.

Wie oft die vorgefundene und sondirte Kieferhöhlenmündung dem Ostium maxillare verum oder aber accessorium entsprach, vermögen wir um so weniger zu sagen, als wir durch Untersuchungen an der Leiche belehrt wurden, dass das Ostium verum verschieden hoch oder tief gelegen, selbst bis an den Anheftungsrand der unteren Muschel herabgerückt sein kann.

Was schliesslich den Zahnbefund in den einzelnen Fällen und in der dem Wulste entsprechenden Oberkieferhälfte betrifft, so wurden namentlich jene Zähne, welche zu Empyem der Kieferhöhle in ursächlicher Beziehung stehen, befunden:

	Bei:	cariös oder fehlend	gesund	Befund nicht verzeichnet	Summe der Fälle
a.	Kieferhöhlenempyem mit Polypenbildung in der Nasenhöhle . . .	10 Mal	8 Mal	1 Mal	19
b.	Kieferhöhlenempyem allein . . .	7 Mal	2 Mal	—	9
c.	Ozaena simplex mit oder ohne ausgesprochenem Kieferhöhlenempyem	7 Mal	1 Mal	—	8
d.	lateralem Schleimhautwulste allein, ohne anderweitige locale Erkrankung	—	1 Mal	—	1
	Summa	24 Mal	12 Mal	1 Mal	37.

Bemerkenswerth erscheint, dass bestimmte Zahngruppen (Buccales und Molares) in den 9 Fällen solitären Kieferhöhlenempyems blos 2 Mal, unter 8 Fällen von Ozaena simplex nur ein Mal gesund, überhaupt unter 36 Fällen von Kieferhöhlenempyem 24 Mal cariös oder fehlend und blos 11 Mal gesund befunden wurden.

Wiewohl der laterale Schleimhautwulst unseres Erachtens keineswegs zu den seltenen Erscheinungen zählt, im Gegentheil bei den genannten Erkrankungsformen der Nasen- und der Nebenhöhlen ziemlich oft angetroffen werden kann, scheint er bisher doch nur von Wenigen beobachtet und noch weniger beachtet worden zu sein. Meines Wissens wurde seiner bis zum September 1888 von Fachgenossen nie Erwähnung gethan, was um so auffälliger erscheint, als Zuckerkandl*) bereits im Jahre 1882

*) Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhlen etc. Wien 1882.

Digitized by Google

verschiedene Formen von Schleimhautgeschwülsten an der äusseren Nasenwand beschrieben und ihren Einfluss auf die Nasenhöhle und deren Contenta besprochen hat.

Wir wollen gleich hier untersuchen, mit welcher dieser Formen unser lateraler Schleimhautwulst verglichen oder aber identificirt werden darf.

Nach sorgfältiger Lesung des betreffenden Capitels können wir nur jene Schleimhautgeschwülste zum Vergleiche heranziehen, welche Zuckerkandl als von der unteren Lefze des Hiatus semilunaris resp. von ihrem vorderen Rande ausgehend in seiner Casuistik der Nasenpolypen beschrieben und auf Tafel 7, Fig. 31 und 32, Tafel 9, Fig. 38 und 39, ferner auf Tafel 10, Fig. 42 abgebildet hat.

Obzwar es am Lebenden, selbst nach Abtragung des lateralen Schleimhautwulstes, nie möglich ist, die Insertion des hinteren Wulstrandes genau zu bestimmen, hegen wir schon wegen des constanten Sitzes der Geschwulst keinen Zweifel, dass ihr hinterer Rand ebenfalls an den vorderen unteren Rand der unteren Lefze des Hiatus seminularis verlegt werden muss. Im Uebrigen deckt sich aber die von Zuckerkandl der Leiche entnommene Abbildung und Beschreibung der Geschwulst nur in gewissem Maasse mit dem von uns in vivo gewonnenen und darnach entworfenen Bilde des lateralen Schleimhautwulstes.

Nach Zuckerkandl (l. c. Seite 82) characterisiren sich die hügelartigen Schleimhautgeschwülste am Hiatus semilunaris dadurch, „dass die Nasenschleimhaut an den Lefzen des Hiatus semilunaris und in ihrem Umkreise in der Grösse eines Kreuzerstückes zu einer Geschwulst sich erhebt, deren Oberfläche mit reichlichen Drüsenlumina besetzt erscheint. Diese Tumoren setzen nicht scharf gegen den Boden ab, sondern übergehen allmählig in die Schleimhaut.“ An einer anderen Stelle (S. 84) lesen wir: „Entsteht aber eine Geschwulst, deren Basis ein grösseres, rundliches Areale der Schleimhaut in Anspruch nimmt, dann hängt der Tumor niemals so frei in der Nasenhöhle, sondern verhält sich zur Wand der Nasenhöhle etwa wie ein Hügel zur Erdoberfläche (Geschwülste der Gruppe III, polypöse Wucherung an den Lefzen des Hiatus semilunaris).“

Wir hingegen sahen den lateralen Schleimhautwulst fast nie als rundliches, hügelartiges, sondern regelmässig als langgestrecktes, wallförmiges, blos bei mächtigster Entwickelung kolben- oder kugelförmiges Gebilde. Mit Ausnahme der Ozaenafälle setzte er stets scharf gegen den Boden ab, so dass er mit der diesseitigen Schleimhaut einen ausgesprochenen, senkrecht absteigenden, mehr weniger tiefen Spalt bildete. Von vorne gesehen, schien er jedesmal bis an's Nasendach zu reichen; obzwar dies auf Täuschung beruht, konnte nach Entfernung des Wulstes dennoch constatirt werden, dass er den vorderen Anheftungsrand der mittleren Muschel stets um ein Weniges überragte, was bei Zuckerkandl nie der Fall war. Entlang der lateralen Insertionsfurche, also knapp an der Basis abgetragen, erwies sich das herausbeförderte Stück als längliches, schmalbasiges und in Folge des höckerigen Aussehens der Hinterfläche raupenförmiges Gebilde.

Einige der angeführten Verschiedenheiten dürften essentieller, andere hingegen nur scheinbarer Natur sein, indem das Bild einer am Lebenden en profile gesehenen Geschwulst der äusseren Nasenwand jedenfalls ein anderes sein muss, wie wenn man sie am Cadaver en face betrachtet.

Digitized by Google

Wie schwer übrigens in complicirten Fällen ein genauer, objectiver Nasenbefund zu stellen ist, weiss wohl Jeder aus eigener Erfahrung.

Wie aus dem Datum des Tages, an welchem ich den erstbeschriebenen Fall in Behandlung nahm, ersichtlich ist, reichen meine Beobachtungen über den lateralen Schleimhautwulst bis zum December 1887 zurück, und war vorliegende Arbeit auf Grund weiterer Erfahrungen im August 1888 so ziemlich fertiggestellt. Mit der Veröffentlichung hatte es indess keine Eile, weil ich das am Lebenden Beobachtete zunächst an der Leiche bestätigt wissen wollte. Inzwischen nahm ich aus dem im Februar 1889 ausgegebenen Schlusshefte des 27. Bandes des Archivs für Ohrenheilkunde Kenntniss, dass das Vorkommen einer Vorwölbung (des Schleimhautwulstes) an der äusseren Nasenwand auch schon von Anderen (Hartmann, Walb) und zwar bei Empyem der Oberkieferhöhle constatirt worden sei.

Dass ich trotzdem mit der Mittheilung bis heute zögerte, geschah einfach deshalb, weil mir weniger an Prioritätsrechten als daran gelegen war, möglichst viele Fälle zu sammeln, um auf Grund derselben zu bestimmten Schlüssen zu gelangen. Ob und inwiefern mir dies gelungen, möge dem Urtheile des Lesers anheimgestellt bleiben.

Einzelne, im Ganzen unwesentliche Differenzen, welche sich aus dem Autoreferate Hartmann's gegenüber meinen Beobachtungen ergeben, veranlassen mich zu folgenden Bemerkungen:

Nach Hartmann bestand in nahezu der Hälfte der von ihm beobachteten Fälle bei Empyem des Antrum Highmori eine Vorwölbung der nasalen Wand der Oberkieferhöhle im Bereiche des mittleren Nasenganges nach der Mittellinie.

Ob Hartmann mit der „Vorwölbung" eine wirkliche Hervortreibung der Nasenwand, eine einfache Schleimhautgeschwulst oder beides zugleich bezeichnen wollte, ist aus dem Wortlaute des Autoreferates nicht ersichtlich. Nachdem aber im Weiteren „von entzündlicher Schwellung der äusseren Wand des mittleren Nasenganges" und von „Schleimhautwulst" die Rede ist, dürfte mit der Vorwölbung wohl das Zweite gemeint sein.

Ich hingegen habe nur bei Ozaena und in dem letzten meiner Fälle, wo neben beiderseitigem Wulste eine andere Erkrankung nicht vorlag, eine wirkliche Hervortreibung der äusseren Nasenwand finden können, während bei alleinigem oder mit Polypenbildung complicirtem Kieferhöhlenempyem stets nur der Schleimhautwulst ohne Betheiligung des Nasengerüstes vorhanden war. Zweitens fand ich den Schleimhautwulst nicht nur wie Hartmann in nahezu der Hälfte, sondern fast ausnahmslos in den von mir seit Jahresfrist beobachteten Fällen von Antrumempyem.

Nach H. erhält man bei der Besichtigung in solchen Fällen bisweilen den Eindruck, als ob nach aussen von der mittleren Muschel sich noch eine zweite befände. Beim Eindringen in dieselbe mit der Sonde oder mit dem Galvanocauter gelange man in die Oberkieferhöhle. Wie in vielen meiner Fälle bemerkt wurde, erreicht der Wulst nicht selten eine derartige Grösse, dass er die mittlere Muschel nicht nur unsichtbar macht, sondern dieselbe bis zum Verwechseln vortäuscht. Die Oberkieferhöhle erreichte ich fast nie anders als nach Abtragung des Wulstes und auch da nicht immer leicht. Uebrigens kann der sichere Nachweis

Digitized by Google

des Eingedrungenseins in das Antrum nur durch Irrigation und Entleerung seines Inhaltes geliefert werden, weil die Kranken selbst bei zweifellos gelungener Sondirung meist undeutliche, oft conträre Angaben machen oder überhaupt nicht im Stande sind, die Berührungsstelle näher zu bezeichnen.

Der in einer Anzahl von Fällen bestehende Stirnkopfschmerz mag wohl nur ausnahmsweise durch Empyem der Stirnbeinhöhlen bedingt sein; erstens, weil der laterale Schleimhautwulst allein für sich den Secretalfluss aus der Stirnbeinhöhle nicht leicht hemmen kann; zweitens, weil selbst bei mächtigster Entwickelung des Wulstes jedwede subjectiven Symptome eines Stirnhöhlenempyems, ja sogar eines erwiesenen Kieferhöhlenempyems fehlen können; endlich, weil bei letzterem nicht selten Stirnkopfschmerz angegeben wird, trotzdem eine Miterkrankung der Stirnbeinhöhle ausgeschlossen werden kann.

Ob sich Walb in der darauf folgenden Discussion auf seine „Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen- und Rachenkrankheiten (S. 27; 22. Fall), Bonn 1888", oder aber auf eine neuere Arbeit beruft, ist aus dem Autoreferate ebenfalls nicht zu ersehen. Danach „legt sich das von der äusseren Wand in chronischen Fällen sich der mittleren Muschel entgegenentwickelnde Granulationspolster dicht an die Muschel an und lässt nur in der Mitte ein Loch frei, durch welches der Eiter fliesst. Jenes Polster wird bisweilen als Polyp angesehen und entfernt." Auch Walb hält dafür, dass das Empyem der Stirnbeinhöhle durch erschwerten Abfluss aus der Highmorshöhle infolge Hervorwölbung der äusseren Wand entstehe. Die fragliche Lochbildung fand ich blos einmal unter 37 Fällen. Die Verwechselung des Schleimhautwulstes mit einem Polypen scheint mir wegen des grundverschiedenen Aussehens beider, namentlich in Bezug auf die Färbung der Schleimhaut-Oberfläche, nicht recht möglich, ebenso wie es wegen der breiten Basis kaum je gelingt, den Wulst mit der Schlinge zu fassen und abzutragen. Blos im 7. meiner Fälle durfte der Wulst auf Grund des äusseren Aussehens für einen Polypen gehalten werden.

Die Frage, wieso der laterale Schleimhautwulst trotz seines häufigen Vorkommens und trotz der vorzüglichen rhinoscopischen Technik so lange unerkannt und unbeachtet bleiben konnte, vermögen wir nicht anders, als dahin zu beantworten, dass er, wenn mässig entwickelt, einfach übersehen, mächtig entwickelt aber meist mit der mittleren Muschel verwechselt worden ist.

Aus der Zergliederung unserer Fälle ergeben sich nun einige, zum Theil wichtige Fragen, welche zu beantworten wir im Folgenden versuchen werden, und zwar:

1) Welcher der uns bekannten Geschwulstformen der Nasenschleimhaut gehört der laterale Schleimhautwulst zufolge seiner histologischen Beschaffenheit an?
2) Steht der Wulst zu einer jeden der 3 Erkrankungsformen, bei welchen er vorkommt, und zwar zu jeder in ein und derselben, oder aber zu einer von ihnen in besonderer und in welcher Beziehung?
3) In welcher Beziehung stehen jene Erkrankungsformen zu einander, die zu zweien (Nasenpolypen — Antrum-

Digitized by Google

empyem, Ozaena — Empyem der Kieferhöhle) neben dem Schleimhautwulste vorkommen?

4) Welche sind die näheren Ursachen und Vorgänge bei der Entstehung des Schleimhautwulstes?

5) Darf demnach dem lateralen Schleimhautwulste irgendwelche pathologische oder practische Bedeutung beigemessen werden?

Ad 1. Macroscopisch erscheint der mit Messer und Schlinge abgetragene Wulst als derbe, zwischen den Fingern kaum zerdrückbare, blutreiche, rosafarbene Geschwulst (vergl. Hopmann: Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen? Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1887, S. 191), welche durchschnittlich 2 — 3 Ctm. in der Länge, 1 — 1,5 Ctm. in der Breite und Dicke messend, also mit verhältnissmässig schmaler Basis aufsitzend, wegen der höckerigen Beschaffenheit der Hinterfläche — bei sonst glatter Vorder- und Innenfläche — ein annähernd raupenförmiges Aussehen besitzt.

Microscopisch untersucht, erwies sich die Geschwulst ihrem Hauptbestandtheile nach aus myxomatösem (ödematösem Binde-) Gewebe geformt, das, überaus gefäss- und drüsenreich, nur an einzelnen Stellen, hauptsächlich im subepithelialen Stratum der Oberfläche dicht mit Zellen infiltrirt und daselbst einem Granulationsgewebe mehr weniger ähnlich sieht. Die Oberfläche wird von mehrschichtigem, übrigens unregelmässig geformtem Epithel überkleidet, während in den Falten der Hinterfläche des Wulstes, wie auch in den cystenartig erweiterten Drüsen hohes, pallisadenförmig angeordnetes und mit basalen Ersatzzellen ausgestattetes Cylinderepithel vorwaltet. In der nächsten Umgebung der Drüsen machen sich zahlreiche hyaline Kugeln, wahrscheinlich in Folge Verschleimung der hierselbst in allen möglichen Uebergangsformen vorhandenen Bindegewebszellen entstanden, bemerkbar. Ausserdem findet man, über die Fläche des Präparates unregelmässig zerstreut, gelbbraun pigmentirte Zellen vor, deren einzelne zufolge ihrer Grösse und Formgestaltung theils den Pigmentzellen der weichen Hirnhäute, theils pigmentös entarteten Ganglienzellen auffallend ähnlich sehen. Derartige Zellen hatte ich übrigens schon öfter Gelegenheit, zu beobachten, namentlich bei papillärer Schleimhauthypertrophie der unteren Nasenmuscheln.

Auf Grund seiner histologischen Beschaffenheit ist demnach der laterale Schleimhautwulst in die Klasse der „polypoiden Hyperplasien" der Nasenschleimhaut einzureihen resp. als „Drüsenpolyp" im Sinne Hopmann's (l. c. S. 191) zu betrachten.

Das von der nachbarlichen Schleimhaut kaum differente Aussehen der Vorderfläche des Wulstes ist aus dem Gefässreichthume der Geschwulst leicht erklärlich. Schwieriger gestaltet sich die Beantwortung der Frage, ob die scharfe Begrenzung zwischen vorderem lateralen Wulstrande und äusserer Nasenhöhlenwand auf besonderen anatomischen Verhältnissen (Gefäss-, Bindegewebsrichtung, Lücken in der Wand), welche etwa an dieser Stelle statthaben, oder aber auf mechanischen Ursachen beruht. Das Letztere scheint immerhin wahrscheinlicher zu sein. Wenn nämlich der Wulst, sobald er die mittlere Muschel oder das Septum erreicht und an ihnen einen kräftigen Widerstand gefunden hat, trotzdem weiterwächst, so kann er sich nicht leicht anderswohin als nach vorne

Digitized by Google

ausbreiten, was natürlich Schleimhautknickung und Furchenbildung entlang der vorderen lateralen Insertion zur Folge haben muss. Die scharfe Abgrenzung des Wulstes an der äusseren Nasenhöhlenwand wäre sodann nur als scheinbare und der entgegengesetzte Befund (der allmählige Uebergang) bei Ozaena etwa so aufzufassen, dass der Wulst in diesen Fällen zum Theil schon der Atrophie verfallen ist.

Betreffs der lateralen Insertion der Hinterfläche des Schleimhautwulstes wurde bereits früher erwähnt, dass man sich über dieselbe am Lebenden leider keine Gewissheit verschaffen kann, weil die hinterhalb des Wulstes gelegene Partie der äusseren Nasenhöhlenwand stets mit winzig kleinen Schleimhautgeschwülsten (Granulationsmassen) besetzt erscheint, somit eine deutliche Grenze an der Hinterseite nie hervortritt, dass wir uns aber trotzdem, namentlich mit Rücksichtnahme auf den Sitz und die constante Verlaufsrichtung des Wulstes berechtigt fühlen, die eigentliche Ursprungsstelle desselben am Rande der vorderen bezw. unteren Lefze des Hiatus semilunaris zu suchen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Rhinologische:

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase mit Einschluss der Rhinoscopie und der localtherapeutischen Technik, für practische Aerzte und Studirende. Von Dr. Philipp Schech. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig-Wien, 1890. Ref. Dr. Moritz Schmidt.

Ich habe schon bei der Besprechung der früheren Auflagen gesagt, dass mir das Buch vom Collegen Schech als das Beste der jetzt vorhandenen erscheint und kann dies Urtheil nach Durchlesung der dritten Auflage nur bestätigen. Ich glaube, man wird in demselben nichts Wesentliches vermissen. Ueberall ist die Literatur bis auf die neuesten Erscheinungen berücksichtigt. Man wird das Buch mit grosser Befriedigung gebrauchen, nicht nur der Student und der practische Arzt, sondern auch der Specialcollege kann, wenn er sich rasch über eine Frage orientiren will, kaum ein practischeres Buch zur Hand nehmen. Reichlich vermehrt sind in der neuen Auflage alle Abschnitte, unter Anderem auch durch Hinzufügung eines Abschnittes über allgemeine Symptomatologie, der über die Nasenkrankheiten durch Beigabe von Abbildungen der Befunde bei Rhinoscopia anterior. Das gemeinsame Streben Vieler nach Förderung der Wissenschaft bedingt ja beinahe, dass nicht alle einerlei Ansicht sein können und so kann sich Ref. auch nicht mit allen in dem Buche ausgesprochenen einverstanden erklären, doch betrifft das nur Punkte untergeordneter Bedeutung. Dass das Buch in so kurzer Zeit schon die dritte Auflage erlebte, spricht mehr, wie alle Kritik für die Brauchbarkeit desselben.

Digitized by Google

Ueber adenoide Vegetationen. Von Dr. Seifert, Würzburg. (Sitzungs-Berichte der physik.-medicin. Gesellschaft zu Würzburg No. 1 u. 2, 1890.)

Seifert giebt zuvörderst die Erklärung, was man unter adenoiden Vegetationen zu verstehen hat und will seine Fälle auffallender Weise grösstentheils aus den besseren und besten Ständen sich rekrutirend gefunden haben. Als häufige Ursache werden schwere Catarrhe der Nase und des Nasenrachenraumes erwähnt, die in Begleitung acuter Exantheme aufzutreten pflegen. Als Symptome sind angeführt: blöder Gesichtsausdruck, gehinderte Nasenathmung, reichliche Nasensecretion, häufige Kopfschmerzen, häufiges Würgen, krampfhafte Hustenanfälle, todte Aussprache (W. Meyer); als Complicationen: Eczema narium, hier und da Conjunctivitis eczematosa, Erkrankung des Thränennasencanales. Bezüglich der Therapie ermahnt Verf., nicht auf eine etwaige spontane regressive Metamorphose rechnen zu wollen; insbesondere warnt er vor dem Aufenthalt an der See. Bei der operativen Entfernung, die S. bei Kindern in leichter Chloroformnarcose ausführte, leisteten ihm die besten Dienste das Gottstein'sche Ringmesser oder die Michael'sche Zange; bei Erwachsenen wird die Operation ohne Narcose, doch unter Benutzung der Cocainanaesthesie, ausgeführt. Szenes.

Papillom der rechten Nasenhöhle. (Papillome de la fosse nasale droite.) Von Dr. Noquet. (Bulletin médical du Nord No. 10, 1889.)

Nachdem Verf. die diesbezügliche Literatur genau durchgangen, beschreibt er den von ihm beobachteten Fall: Ein 37jähriger, vor 10 Jahren syphilitisch gewesener Mann hat Verstopftsein und recidivirendes Nasenbluten aus der rechten Nasenhälfte; eine dunkelrothe, maulbeerförmige, leicht blutende, durch einen Stiel auf dem Nasenboden aufsitzende, bewegliche, nicht schmerzhafte Geschwulst war in der Tiefe von ungefähr 2 Ctm. bemerkbar; keine Ganglienschwellung, keine Schmerzen, kein foetider und kein schleimiger Ausfluss, keine Deformation der Nase; Nasenrachenraum frei. Per exclusionem kam Verf. zur Diagnose des Papilloms. Die mittelst der kalten Schlinge entfernte Geschwulst erwies sich unter dem Microscop als Papillom. Dr. P. K.

Atrophie, Hypertrophie und Verbiegung der Nasenscheidewand. (Atrophy, Hypertrophy and deviation of the septum.) Von Carl H. von Klein M. D., Dayton, O. (Times and Register, 23. November 1889.)

Verf. führt die Verkrümmungen auf Verletzungen durch Fallen in der Kindheit oder durch sonstige Verletzungen im späteren Alter zurück. Dieselben rufen dann durch Callusbildung Hypertrophien der Scheidewand hervor.

Zur Untersuchung und bei der Operation empfiehlt er ein Nasenspeculum, welches so lang ist, dass der Kranke es selbst halten kann. Mit einer von ihm erfundenen Zange petzt er die Vorsprünge so ab, dass dabei die Schleimhaut geschont wird. Danach legt er Zapfen von hartem Stoff ein oder auch röhrenförmige von Silber.

Nach der Erfahrung des Ref. ist es nicht zweckmässig, die Schleimhaut zu schonen, da diese nachher sich verdickt und Anlass zu Verengerungen der Nase giebt. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Ein Fall von Nasenrachenpolyp. Operation nach Lavrence. Recidive. Zweite Operation. Heilung. (Un cas de polype nasopharyngien. Opération de Lavrence. Récidive. Deuxième Opération. Guérison.) Von Dr. C. Storcam. (Lancet und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 5.)

Hühnereigrosses Fibrom bei einem 16jährigen Kinde mit den gewöhnlichen Symptomen. Schnitt vom Processus basilaris und vom linken Nasenflügel bis nach hinten zum Rückgrat. Laryngotracheotomie mit Tamponade der Trachea. Nach 6 Monaten Recidive. Dieselbe Operation wiederholt, nach 3 Jahren noch kein Recidiv. Dr. P. K.

Nasenleiden und Neurasthenie. (Affections nasales et névrosthénie.) Von Dr. W. H. Daly. (Assoc. lar. Americ. und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx No. 8.)

In 24 Fällen wurde Neurasthenie durch Behandlung des Nasalleidens geheilt. Dr. P. K.

Creolin im Allgemeinen und besonders bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden. (La créoline en général et en particulier dans les maladies de la gorge, du nez et des oreilles.) Von Dr. Lichwitz. (Bulletin méd. No. 78 und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 2.)

Die Schlussfolgerungen oben genannter Arbeit sind folgende: Das Creolin ist ein Mittel gegen schlechten Geruch und muss vor allen anderen Medicamenten bei Ozaena, bösartigen Tumoren, foetider Otorrhoe etc. etc. angewandt werden; es vermindert die pathologischen Secretionen, es wirkt sehr aseptisch, ohne dabei giftig zu sein. Dr. P. K.

Epilepsie in Folge von Erkrankungen der Nase. (Epilepsy Caused by Intra-Nasal Disease.) Von Fred. S. Crossfield, Hartford, Conn. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., 25. Jan. 1890.)

In einem Falle blieben die Anfälle 3 Jahre aus, nachdem adenoide Vegetationen entfernt worden waren. Im 2. Falle blieben sie 6 Monate aus nach der Beseitigung von hypertrophirten Nasenmuscheln, dann verschwand Patient aus der Behandlung. W. Fr.

Hysterische Aphonie verbunden mit Rhinitis hypertrophica. Behandlung durch Cauterisation der Schwellkörper. (The Treatment of Hysterical Aphonia, Associated with Hypertrophic Rhinitis, by Cauterization of the Turbinated Bodies.) Von W. E. Casselberry, Chicago. (Medical News, 22. Febr. 1890.)

Fälle, in denen alle möglichen Reflexe von der Nase, und zwar von jedem Theile derselben ausgelöst wurden, sind dem Verf. sehr häufig vorgekommen, ja mehrere Male wurde sogar sehr heftiger Spasmus glottidis durch Untersuchung des Nasenrachenraums erzeugt — neu war ihm aber in 2 Fällen die Heilung von hysterischer Parese der Stimmbänder durch Cauterisation der unteren Muscheln. Er nahm diese natürlich erst dann vor, nachdem alle anderen Mittel (intralaryngeale Faradisation, Sprays etc.) den Dienst versagt hatten. W. Fr.

Digitized by Google

b) Pharyngo-laryngologische:

Das Empyem der Kieferhöhle. Von Dr. A. Wiebe. (Corresp.-Blatt der ärztlichen Kreis- und Bezirks-Vereine im Königr. Sachsen, XLVII. Bd., No. 11, 1889.)

Kurzer geschichtlicher Rückblick auf die Kenntniss der Kieferhöhle und ihre Erkrankungen; eingehende Beschreibung der in Frage kommenden anatomischen Verhältnisse; Aetiologie der Eiterungen, wobei dentaler Ursprung als vorwiegend bezeichnet wird (unter 100 aus der Literatur gesammelten Fällen 70 Mal dentaler, 21 Mal nasaler, 1 Mal traumatischer Ursprung, 7 Mal wahrscheinlicher Ausgangspunkt nicht angegeben, 1 Mal lag Abdominal-Typhus zu Grunde); Besprechung der verschiedenen Symptome: des Schmerzes, der Auftreibung der Knochenwände, der Vorwölbung der äusseren Wand des mittleren Nasenganges, der granulösen Schleimhautschwellung um den halbmondförmigen Spalt herum, der Schleimpolypen, des einseitigen Eiterabflusses aus der Nase; dann: Würdigung der Mittel zur Diagnose, als: verschiedenartige Lagerung des Kranken und darnach Beobachtung des Eiterursprunges, Luftdouche, Sondirung, Injectionen, Percussion, electrische Durchleuchtung und Probepunction, wobei W. empfiehlt, mit einer Pravaz'schen Spritze, deren Nadel so gekrümmt ist, dass bei geeigneter Drehung der Boden der Highmorshöhle erreicht wird (um eine etwa hier lagernde Eiterflocke aspiriren zu können), im Bereiche des mittleren Nasenganges an der Stelle einzugehen, wo jener nur häutig ist; — ferner: Berücksichtigung der Complicationen und Folgekrankheiten, namentlich Eiterung benachbarter Höhlen, Einengung des Gesichtsfeldes und sonstiger Sehstörungen, Augenkrankheiten überhaupt, Eitersenkungen, selbst mit Trigeminuslähmungen; schliesslich: Kritisirung der bekannten Behandlungsmethoden, wobei W. derjenigen nach Cowper mit Eröffnung der Kieferhöhle von einem Alveolus aus den Vorzug giebt. Beschorner.

Ungeheures Zungensarcom. (Enorme sarcome de la langue.) Von Dr. A. Poncet. (Lyon médical No. 21, 1888 und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1889.)

Verf. zeigt den 400 Gramm wiegenden Tumor; der Tumor nahm seinen Ursprung im submucösen Gewebe und drang dann zwischen die Zungenmuskeln; er entstand vor 8 Jahren bei einem jetzt 32 Jahre alten Manne. Der Unterkiefer musste nach der von Sédillot beschriebenen Methode in der Symphyse temporär durchsägt werden und der Tumor wurde mit Leichtigkeit exstirpirt. Dr. P. K.

Blutung nach einer Uvulaamputation. (Hémorrhagie après l'excision de la luette.) Von Dr. Catuffe. (Société clinique de Paris und France médicale, Januar 1889.)

Bedeutende Blutung nach einer einfachen Uvulotomie, welche Blutung durch Gurgeln mit heissem Wasser stand. Im Verlaufe des Tages recidivirte die Blutung, weder Essig noch Eisenchlorid noch Thermocauter wurden der Blutung Herr. Es musste eine Péan'sche Pincette angelegt werden und selbe musste eine Zeit lang liegen bleiben.
Dr. P. K.

Digitized by Google

Ungeheurer, recidivirender, die Untermaxillargegend, die Unterzungenbeingegend, die Fossae temporalis, parotidea und zygomatica einnehmender und sich zum weichen Gaumen erstreckender Tumor. Operation. Heilung. (Enorme tumeur récidivée occupant la région du maxillaire inférieur, la région soushyoidienne, les fosses temporale, parotidienne et zygomatique, s'avançant jusqu'au voile du palais. Ablation. Guérison.) Von Dr. Wacques. (Journal des sciences médicales de Lille No. 16, 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 9, 1889.)

4 Mal recidivirendes Sarcom trotz vollführter Maxillarresection. Letztere Operationsmethode war folgende: 2 Schnitte, der eine mit schief nach oben und vorne gerichteter Concavität 2 Centimeter unterhalb des Unterkiefers, der andere mit nach unten gerichteter Concavität, 2 Finger breit von der Commissur entfernt, nach dem Arcus zygomaticus hingehend und den ersten Schnitt über dem Arcus zygomaticus erreichend. Trennung des Tumors von den umgebenden Weichtheilen, Resection des Unterkiefers, Einschneiden der Mundmucosa, Resection des Arcus palatoglossus nebst Mandeln, welche mit dem Tumor entfernt wurden. Drei Monate später liessen das gute Allgemeinbefinden, sowie die localen Verhältnisse auf keine Recidive schliessen. Dr. P. K.

Ein Blindsack im vorderen Gaumenbogen verbunden mit einer überzähligen Tonsille auf der anderen Seite. (An Hiatus in the Anterior Pillar of the Fauces, Coupled with a Supernumerary Tonsil on the Opposite side.) Von John Herbert Claiborne, New-York. (The New-York Med. Journ., 8. Febr. 1890.)

Bei einer 25jährigen Dame fand C. auf der linken Seite eine überzählige Tonsille, die nur bei starkem Herabdrücken der Zunge oder mittelst des Larynxspiegels gesehen werden konnte, und auf der anderen Seite einen Hiatus im vorderen Gaumenbogen, der sich nach unten und aussen in einen Blindsack erweiterte. W. Fr.

Erstickungstod bei einem Mandelabscess. (Un cas de mort par suffocation dans l'amygdalite phlegmoneuse.) Von Dr. Joe Howell Way. (The Medic. Record 1888 und Revue de laryngolog. et d'otologie No. 9, 1889.)

Ein 24jähr., mit einer Struma versehener und häufig recidivirenden Mandelabscessen unterworfener Mann erstickte plötzlich am 4. Tage der Erkrankung. Bei der Section fand man den Pharynx sowie den Larynx mit Eiter und Eitermassen angefüllt, welche Massen aus dem rechten, geöffneten Mandelabscess herstammten. Dr. P. K.

Drei Fälle von Laryngitis pseudomembranacea. Croup und Diphtherie. Tracheotomie. (Trois cas de laryngite pseudomembraneuse. Croup et diphthérie. Trachéotomie.) Von Dr. Carpentier. (Bull. médical du Nord, April 1889.)

Ein 12jähriges Kind wurde des Nachts in extremis mittelst Punction der Trachea mit einem Schnitt operirt und die Trachea mittelst einer Pincette offen gehalten, bis man in der Eile eine Canüle aus einer Bleilamelle fabricirt hatte, welch' letztere vortreffliche Dienste leistete. Verf. benutzt diesen Fall, um das Bestehen einer Angina pseudomembranacea

Digitized by Google

als Secundärerscheinung im Verlaufe eines infectiösen Gelenkrheumatismus festzustellen; diese entstände dann gerade so, wie sie bei Scharlach, Masern, Typhus, Pocken entsteht.

Ein 7jähriges Kind zeigte ebenfalls keine Pharynxsymptome; die Tracheotomie musste gemacht werden und das Kind genas.

Ein 4jähriges Kind, Bruder des vorigen, wird durch Ansteckung seitens seiner Schwester inficirt; Pharynx und Halsdrüsen waren ebenfalls intact. Die Tracheotomie musste ausgeführt werden. Aus der Canüle wurden Pseudomembranen entfernt, es kam diphtheritische Bronchopneumonie hinzu und das Kind erlag.

Die beiden letzten Fälle beweisen, dass, wenn man auch aus dem bestehenden Symptomencomplex, so wie er bei dem 7jähr. Kinde vorhanden war, einen einfachen inflammatorischen, nicht contagiösen Croup zu diagnosticiren das Recht zu haben glaubt, die Contagiosität von der Schwester auf den Bruder in beiden letzten Beispielen, sowie das letale Ende des zweiten Falles, diese Diagnose zur falschen machen; man muss in solchen günstigen Fällen eine locale Diphtheritis annehmen, welche sich im Verlaufe der Krankheit zu allgemeiner Infection gestaltet; bei dieser localen Diphtheritis ist die Allgemeinerkrankung resp. Infection so gering, dass die Localerscheinungen in den Vordergrund treten. Man muss schliesslich das Princip annehmen, dass alle Formen der Diphtheritis abhängen von der Zahl der specifischen Microorganismen und von der Widerstandsfähigkeit des betroffenen Individuums. Dr. P. K.

Ein Fall von Larynxpapillom, der durch Intubation geheilt wurde. (Case of Papilloma of Larynx Cured by Intubation.) Von J. F. Baldwin, Columbus, O. (Medical Record, 8. März 1890.)

Ein 8jähriger Knabe, der seit seinem 2. Lebensjahre an Dyspnoë litt, zeigte ein Papillom am vorderen Ende des linken Stimmbandes. Bei der Respiration bewegte sich dasselbe auf und nieder, was nicht nur gesehen, sondern auch deutlich gehört werden konnte. Da die Dyspnoë sehr stark war, so intubirte B., und fand, als er nach 4 Tagen die Röhre herausnahm, eine merkliche Verminderung des Tumors. Er versuchte es daher nochmals mit der grössten O'Dwyer'schen Röhre, welche er, da der Knabe mit derselben weder essen noch trinken konnte, um 6 Uhr abends einlegte, und um 9 Uhr früh immer wieder herausnahm, und mit solchem Erfolge, dass nach 38 Tagen vom Tumor nichts zu sehen war. O'Dwyer, der diese Methode bei einem 3jähr. Kinde gleichfalls wegen Larynxpapilloms anwandte — mit der Modification, dass er die Röhre mit Alaun (+ Gelatine) bedeckte — sah nach zwei Wochen keine Besserung. W. Fr.

Subglottisches Fibromyxom; endolaryngeale Entfernung; Krankenvorstellung. (Fibromyxome sousglottique; extirpation endolaryngienne; présentation du sujet.) Von Dr. Goris. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique No. 4, 1889.)

Tiefer Sitz und histologische Beschaffenheit machen diesen Fall interessant. Eine 24jähr. Dame ist seit 4 Jahren heiser; die Heiserkeit ist nicht constant, sondern die Stimme bietet den für Larynxtumoren pathognomonischen Character der Diphtonie. Beim Phoniren tritt manch-

Digitized by Google

mal der Tumor zwischen die Stimmbänder, manchmal nicht; Athmung normal. Nach Einübung der Patientin gelang die Extraction mittelst der Schrötter'schen Guillotine. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (A case of Foreign Body in the Larynx.) Von J. A. Thompson, Cincinnati. (The Cincinnati-Lancet-Clinic vom 4. Januar 1890.)

Bei einem 13jährigen Kinde stellten 2 Aerzte die Diagnose auf Diphtherie und auch Verf. sah eine weisse Membran im Larynx, welche sich nach Behandlung mit H_2O_2 löste. Bald kehrte jedoch die Dyspnoë wieder und Th., der nach Entfernung der hypertrophischen Tonsillen besser den Larynx überblicken konnte, bemerkte jetzt unterhalb der Glottis einen mit einer schwarzen Spitze versehenen grau-weissen Körper und es fragte sich nun: War dies ein Fremdkörper oder ein nach Diphtherie necrotisch gewordener Knorpel? Bevor jedoch die vom Verf. wegen zunehmender Dyspnoë vorgeschlagene Laryngotomie gemacht werden konnte, hustete das Kind eine Austernschale aus, und es wurde also ersichtlich, dass Diphtherie überhaupt nicht vorgelegen hatte. Die Schale war mindestens 10 Wochen im Larynx gewesen. — In der sich diesem Vortrage anschliessenden Discussion betont Thorner (Cincinnati) die aussergewöhnliche Tolerabilität des Larynx in diesem Falle. In seiner Praxis wäre 10 Tage die längste Dauer gewesen, dass ein Fremdkörper im Larynx verweilt hätte. — Eichberg berichtet über einen Fremdkörper, der 6 Monate im Oesophagus zugebracht hatte. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber Tracheotomie bei Kindern. (Trachéotomie chez l'enfant.) Von Dr. Em. Müller. (Gazette médicale de Strasbourg und Revue de laryngol No. 9, 1889.)

Verf. stellt ein 9monatliches und ein 10monatliches Kind vor, beide mit Erfolg wegen Erstickungsgefahr bei nicht diphtheritischem Croup operirt. Verf. kommt auf das junge Alter der Patienten zu sprechen, welches gemäss vielen Autoren eine Contraindication sein soll.

Dr. P. K.

Kehlkopfschnitt wegen Papillombildung auf dem linken Stimmbande eines vierjährigen Kindes. Von Dr. P. Rupprecht. (Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, 1888/89.)

Wegen Erstickungsnoth war zunächst die tiefe Tracheotomie und 14 Tage später die Spaltung des Larynx genau in der Mittellinie gemacht worden. Am hängenden Kopfe und bei künstlicher Beleuchtung wurden die Geschwulstmassen unter möglichster Schonung des Stimmbandes sehr sorgfältig abgetragen, die Wunde mit dem Paquelin leicht verschorft. Der Larynx wurde nicht vernäht, sondern mit Jodoformgaze tamponirt. Verlauf durch leichte Bronchitis gestört, sonst glatt. Nach wenigen Wochen Canüle entfernt und Alles vernarbt, Athmung $^3/_4$ Jahr später völlig frei. Stimme ist allmählig tönend geworden, jedoch noch immer rauh. Beschorner.

Digitized by Google

Croup und Diphtherie. Von Medicinalrath Dr. Ferd. C. Leonhardi in Dresden. (Correspondenzblatt der ärztlichen Kreis- und Bezirks-Vereine im Königreich Sachsen. XLVI. Bd., No. 5, 1889*).

L. bringt zunächst einen geschichtlichen Rückblick auf das Auftreten und die weitere Verbreitung genannter Krankheiten in unserem Jahrhunderte, insbesondere der — 1826 zuerst von Brettonneau in Tours sogenannten — Diphtheritis und schildert danach die Eindrücke, welche er Mitte der 40er Jahre in Paris und Wien über die Anschauungen der damals maassgebenden medicinischen Autoritäten über Art und Behandlungsweise jener Krankheiten empfangen. Hierauf geht er zu seinen reichen persönlichen Erfahrungen, welche sich auf einen Zeitraum von mehr als 40 Jahren erstrecken, über und documentirt vorerst seinen Standpunkt betreffs Unterscheidung von Croup und Diphtheritis.

Unter dieser versteht er einen Process, der auf der Aufnahme und Einlagerung eines noch unbekannten Krankheitsstoffes in das Gewebe der Schleimhaut des Hintermundes, in die Follikel und die zusammengesetzten Drüsen, sowie die Mandeln beruht; ferner auf der dadurch hervorgerufenen Erfüllung des Gewebes (selbst in verschiedener Tiefe, keineswegs allein in den Epithelien) mit amorphem, dichtem Faserstoff, auf den dadurch entstandenen Circulations- und Ernährungsstörungen in den Geweben, und der mehr oder weniger ausgebreiteten Mortification derselben; unter dem (rein entzündlichen) Croup aber eine, von der epidemischen und contagiösen Diphtherie nicht nur durch ihren ursprünglichen Sitz, sondern auch durch ihre Ursachen verschiedene, nicht contagiöse Kehlkopf- und Luftröhren-Entzündung, welche eine pseudomembranöse, fibrinöse Ausschwitzung im Kehlkopfe, der Luftröhre und deren Zweigen bewirkt, dieselben verengt und dadurch zum Tode führt, die aber auch in Genesung übergehen kann durch Erweichung, Lösung und Aushusten dieser Exsudate.

Hierauf widmet L. seine Aufmerksamkeit den verschiedenen, innerhalb genannter Zeit bekannt gewordenen Behandlungsweisen, hierbei vornehmlich die Tracheotomie berücksichtigend, welche in Deutschland mit Glück zum ersten Male 1844 von Prof. Baum in Greifswald, dann 1845 von W. Roter, 1848 von Weber in Darmstadt, 1850 von Braun in Wiesbaden, 1851 von Passavant in Frankfurt und 1852 von ihm selbst in Dresden ausgeführt wurde und kommt dann auf die Art seiner Behandlung, in welcher er der Hauptsache nach dem Vorgehen von Volquarts (Einige Worte über die ausschwitzende Bräune. Altona 1862) folgt: Natr. nitric. und Natr. bicarbonic. ana 3—4 Grmm. auf 170—180 Grmm. Flüssigkeit. Stündlich 5—15 Grmm., je nach Alter; alle ½—1 Stunde Gurgeln, besser Ausspritzen mit 2—3% Kali chloric. oder 1—2—3‰ Kali hypermangan.-Lösung; bei Croup unter Umständen Blutentziehung, Calomel, Brechmittel; ferner Priessnitz-Umschläge, natürlich neben passender Diät, guter nicht zu feuchter Luft, reichlichem Trinken und geregeltem übrigen Verhalten. Alle Arten von Pinselungen, vielleicht

*) Die nach einem am 1. December 1888 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden gehaltenen Vortrage ausgeführte Arbeit ist unter dem Titel: „Croup und Diphtherie, ihr Auftreten und ihre Therapie nach Erfahrungen in 40 Jahren“ von Medicinalrath Dr. F. C. Leonhardi, bei Hugo Steinitz, Berlin 1889, auch separat erschienen.

Digitized by Google

mit Ausnahme der zeitweilig nützlichen Jodtinctur, Aetzung, Einspritzungen von ätzenden Mitteln, auch Inhalationen verwirft er. Von den zahlreichen gegen Diphtherie anempfohlenen Specificis hat er keine grosse Meinung: Der Arzt muss sorgen — medicus curat — dass der Naturheilprocess — natura sanat! — möglichst wenig gestört, sondern unterstützt werde und dass die Fäulniss der sich lösen müssenden Krankheitsproducte und Gewebstheile verhütet werde.

L. fügt noch seine Anschauungen über Lähmungen bei Diphtherie, über Incubationsdauer, Prognose, namentlich in Hinsicht auf die Höhe des bestehenden Fiebers bei und kennzeichnet schliesslich seinen Standpunkt bezw. des Verhältnisses von Diphtherie zum Scharlach dahin, dass er jene bei diesem für die Folge des im Hintermunde besonders heftig und tief eingenisteten und deshalb hier zu oberflächlichem oder mehr oder weniger tief gehendem Gangrän führendem Scharlachcontagium hält.

Die sehr lesenswerthe, an interessanten Einzelheiten reiche Arbeit des erfahrenen Practikers, welcher 4 Jahrzehnte unseres an Croup- und Diphtheritis-Epidemieen leider so reichen Jahrhunderts an seinen offenen und vorurtheilsfreien ärztlichen Augen vorüberziehen sah, möge dem ärztlichen Publikum zur Lecture bestens empfohlen sein.

Beschorner.

Resorcin gegen Keuchhusten. (Use of Resorcine in Whooping-Cough.) Von John W. Farlow, Boston. (Boston Med. u. Surg. Journ., 27. Febr. 1890.)

Nach dem Vorgange von Moncorvo (Rio de Janeiro) versuchte auch F. Resorcin bei Keuchhusten. Er fand, dass eine 2procentige Lösung mittelst eines Spray-Apparates in die Nase, den Pharynx und den Larynx gebracht (etwa alle 2 Stunden), ganz ausgezeichnete Resultate hervorbringe. W. Fr.

Aphasie in Folge von Typhus. (Un cas d'aphasie consécutive à la fièvre typhoide.) Von Dr. Arballela. (Journal of laryngol. and rhinol. und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx No. 9.)

Ein 6jähriges Kind behielt nach Typhus Stummsein zurück, trotzdem dass der Respirationstractus, sowie das Gehör nicht erkrankt waren. Man nahm an, dass durch cerebrale Congestion die Broca'sche Gehirnwindung erkrankt sei. Dr. P. K.

Aufruf.

In Verbindung mit dem vom 4. bis 9. August 1890 in Berlin stattfindenden X. internationalen medicinischen Congress ist eine „internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung" geplant. Die Unterzeichneten sind beauftragt, speciell den der Otiatrie gewidmeten Theil der Ausstellung zu fördern und vorzubereiten. Die vortreffliche Wahl der für die Ausstellung bestimmten Räume ermöglicht es, dass die Ausstellung in innigen Zusammenhang mit den wissenschaftlichen Verhandlungen treten kann. Es handelt sich darum, den zu Tausenden versammelten Gelehrten die Fortschritte der Methodik und Technik in geschlossener und vergleichbarer Weise vor Augen zu

Digitized by Google

führen. Damit auch der der Otiatrie gewidmete Theil der Ausstellung den andern Gebieten würdig zur Seite steht, erscheint es wünschenswerth, dass alle neuen oder besonders vervollkommneten Instrumente und Apparate, welche für die Otriatrie in Betracht kommen, in vollständigster Weise zur Anschauung gebracht werden. Die Unterzeichneten erlauben sich deshalb die Herren Collegen zur Betheiligung an der Ausstellung aufzufordern mit der Bitte, geeignete Ausstellungsobjecte, Instrumente, Apparate, Präparate, Modelle, Photographien und dergleichen entweder selbst einzusenden oder die Instrumentenmacher und Buchhändler zur Einsendung zu veranlassen, indem sie sich bereit erklären, wenn es gewünscht wird, für eine zweckmässige Aufstellung derselben Sorge zu tragen. Der Anmeldung sind kurze Notizen für den Catalog der Ausstellung beizufügen. Der Termin der Anmeldung ist auf 15. Juni, der der Einlieferung auf 20. Juli festgesetzt. Wir bitten die Anmeldungen an den mitunterzeichneten Dr. Hartmann, Berlin NW., Hindersinstr. 12, zu richten.

Berlin, Mai 1890.

Hartmann. Jacobson. Trautmann.

III. Inserate.

Tölz-Krankenheil, 2 Stunden von München. **Jodhaltige Quellen.**

Indicationen: **Frauen-Hautleiden, Scrophulose, Lues, Drüsenschwellungen.**
Brochuren und Auskunft von **Dr. Letzel,** Badearzt.

INHALT.

I. Originalien: Rettig: Die „Tonbringer". — Ziem: Ueber Verkrümmung der Wirbelsäule bei obstruirenden Nasenleiden. — Hopmann: Gaumenhalter mit elastischem Zug. — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand. (Fortsetzung.) — II. Referate und Recensionen: a) Rhinologische: Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase mit Einschluss der Rhinoscopie und der localtherapeutischen Technik. — Seifert: Ueber adenoide Vegetationen. — Noquet: Papillom der rechten Nasenhöhle. — v. Klein: Atrophie, Hypertrophie und Verbiegung der Nasenscheidewand. — Storcam: Ein Fall von Nasenrachenpolyp. Operation nach Lavrence. — Daly: Nasenleiden und Neurasthenie. — Lichwitz: Creolin im Allgemeinen und besonders bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden. — Crossfield: Epilepsie in Folge von Erkrankungen der Nase. — Casselberry: Hysterische Aphonie verbunden mit Rhinitis hypertrophica. — b) Pharyngo-laryngologische: Wiebe: Das Empyem der Kieferhöhle. — Poncet: Ungeheures Zungensarcom. — Catuffe: Blutung nach einer Uvula-Amputation. — Wacques: Ungeheurer, recidivirender, die Untermaxillargegend, die Unterzungenbeingegend, die Fossae temporalis, parotidea und zygomatica einnehmender und sich zum weichen Gaumen erstreckender Tumor. — Claiborne: Ein Blindsack im vorderen Gaumenbogen, verbunden mit einer überzähligen Tonsille auf der anderen Seite. — Way: Erstickungstod bei einem Mandelabscess. — Carpentier: Drei Fälle von Laryngitis pseudomembranacea. — Baldwin: Ein Fall von Larynxpapillom, der durch Intubation geheilt wurde. — Goris: Subglottisches Fibromyxom; endolaryngeale Entfernung. — Thompson: Fremdkörper im Larynx. — Müller: Ueber Tracheotomie bei Kindern. — Rupprecht: Kehlkopfschnitt wegen Papillombildung auf dem linken Stimmbande eines 4jährigen Kindes. — Leonhardi: Croup und Diphtherie. — Farlow: Resorcin gegen Keuchhusten. — Arballela: Aphasie in Folge von Typhus. — Aufruf. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin SW. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, Juni 1890.** **No. 6.**

I. Originalien.

Die desinfectorische Gehörgangstamponade.

Fortsetzung der vorläufigen Mittheilung

„Ueber eine neue Verbandmethode für das Ohr"

in No. 10 und 11 de 1888 dieser Monatsschrift.

Von

Dr. **Ludwig Löwe** in Berlin.

Vorbemerkungen.

In No. 10 und 11 de 1888 dieser Monatsschrift habe ich eine neue Behandlungsmethode des serösen Trommelhöhlen-Catarrhs angegeben, nämlich die Ausstopfung des Gehörgangs vom Trommelfell bis zur Ohrmuschel und eventuell darüber hinaus mit hydrophilem Verband-Material (Watte). Der Zweck des Verfahrens ist, das von der entzündeten Trommelhöhlenschleimhaut abgesonderte dünnflüssige Secret, sobald es die Niveauhöhe der Perforation erreicht hat, abzusaugen. Der höher als letztere gelegene Theil des Cavum tympani wird auf diese Weise beständig trocken gehalten. In Folge dessen heilt denn auch der Prozess der serösen Trommelhöhlen-Entzündung — die Perforation lässt sich ja stets auf den tiefsten Punkt des Trommelfells verlegen — in überraschend kurzer Zeit — meist in 2 - 4 Tagen.

Digitized by Google

Die Gehörgangstamponade ist indess **nur** beim serösen Trommelhöhlencatarrh anwendbar. Denn nur bei dieser Form der Otitis media ist die Absonderung dünnflüssig genug, um in toto durch Capillarattraction aufgesaugt werden zu können. Bei allen andern feuchten Trommelhöhlenprozessen hat das Secret dagegen bekanntlich entweder eine rein schleimige oder eine schleimig-eitrige Beschaffenheit. Nun ist der Eiter der von der Verbandwatte ausgehenden Capillarattraction nur in geringem Masse zugängig; der Schleim ist sogar fast absolut unfähig, von hydrophiler Watte aufgesaugt werden zu können. Die ganze Verbandmethode beruht aber auf der Voraussetzung, dass das jeweilig ergossene Secret im Stande ist, spontan und ohne Rückstand im Wattetampon nach aussen gegen die Ohrmuschel aufzusteigen. Diese Voraussetzung trifft also bei allen mit schleimigem oder schleimig-eitrigem Erguss einhergehenden Formen des Trommelhöhlencatarrhs nicht zu. Folglich ist die Gehörgangstamponade in allen diesen Fällen unstatthaft.

Soweit erstreckte sich — abgesehen von einigen Notizen über Erweichung von Ohrenschmalzpfröpfen und von Trommelfell- resp. Gehörgangscholesteatomen mit Oelwattetampons, sowie über eine neue, aus der Gehörgangstamponade sich ergebende Form des künstlichen Trommelfells — meine damalige Mittheilung.

Inzwischen sind 1½ Jahre verflossen. Mein Augenmerk war während dessen darauf gerichtet, eine Modification der Gehörgangstamponade zu finden, durch welche sie auch für Trommelhöhlenprozesse mit schleimiger, resp. mit schleimig-eitriger Absonderung brauchbar wird. Seit einem Jahre ist mir dies gelungen. — In den folgenden Zeilen sollen die diesbezüglichen Ergebnisse der Oeffentlichkeit übergeben werden. Dabei sei die Bemerkung vorausgeschickt, dass, um mit möglichst übersichtlichen Verhältnissen zu arbeiten, zu den gleich zu schildernden therapeutischen Versuchen nur solche Patienten zugelassen wurden, deren Mittelohrcatarrh sich einzig und allein auf die Trommelhöhle beschränkte. Kranke mit cholesteatomatösen Prozessen oder anderen Complicationen, Caries, Polypen, wurden ebenso ausgeschlossen wie solche, bei denen der Verdacht auf Ergriffensein der Attica resp. des Antrum vorlag.

Theorie des Verfahrens.

A priori stehen zwei Möglichkeiten offen, die Gehörgangstamponade für Trommelhöhlen-Prozesse mit schleimiger, resp. schleimig-eitriger Absonderung brauchbar zu machen. Man kann nämlich entweder die Verbandmethode so umformen, dass sie den Uebelständen, die sich aus der Inattractabilität von Schleim und Eiter ergeben, gewachsen wird. Oder man kann umgekehrt, indem man das Verbandverfahren so lässt, wie es ist, versuchen, die schleimigen, resp. schleimig-eitrigen Ergüsse selbst umzugestalten, so dass sie im Momente ihrer Absonderung eine der Capillarattraction zugänglichere Beschaffenheit besitzen.

Von vornherein ist letztere Eventualität nahezu ausgeschlossen. Welche Mittel wären denkbar, eine Eiter absondernde Oberfläche, z. B. eine Erosion der Trommelhöhlen-Mucosa, dazu zu bewegen, an Stelle des Eiters plötzlich Serum zu secerniren? Und das wäre doch conditio sine qua non. Indessen geht Probiren über Studiren. So beschloss ich denn

Digitized by Google

primo loco auf dem Wege des Versuches den thatsächlichen Beweis zu liefern, dass es nicht möglich ist, die schleimigen resp. schleimig-eitrigen Ergüsse noch innerhalb des Cavum tympani so zu verflüssigen, dass sie in ihrer Totalität der Capillarattraction zugänglich werden.

Wir besitzen bekanntlich in dem Alumen acetico-tartaricum ein Mittel, durch dessen Einbringung die Schleimhaut des Cavum tympani vorübergehend in den Zustand starker Hyperämie mit consecutivem Erguss von Serum versetzt werden kann. Nun wurde circa ein Dutzend Individuen mit feuchten chronischen Mittelohrcatarrhen der Behandlung mit Alumen acetico-tartaricum unterworfen. Bei einigen hatte das Secret einen reinschleimigen, der Beimischung von Leucocyten fast entbehrenden Character; bei anderen war der Schleim mehr oder weniger reichlich mit Eiterkörperchen gemengt. Bei sämmtlichen erstreckte sich, wie schon oben bemerkt, aller Wahrscheinlichkeit nach die Affection nicht über den Bereich der Trommelhöhle. Aus Gründen, die sich später ergeben werden, wurden ferner zu diesen Versuchen nur solche Patienten zugelassen, bei denen das Loch im Trommelfell relativ gross war, so dass ein beträchtlicher Theil der Paukenhöhlenschleimhaut frei zu Tage lag. Zuvörderst wurde (auf eine später auseinanderzusetzende Art und Weise) bestimmt, wie gross das Quantum von Secret ist, welches die betreffende Versuchsperson innerhalb 24 Stunden absondert. Dann wurde (nach gründlicher Reinigung des Ohres) eine Messerspitze voll Alumen acetico-tartaricum in's Cavum tympani geblasen und zwar so, dass eine möglichst grosse Strecke der Schleimhaut mit einer schleierförmig dünnen Pulverdecke belegt war (die diesbezügliche Methode wird ebenfalls später geschildert werden). Darauf wurde die Gehörgangstamponade in der gewöhnlichen Weise gemacht und der Patient auf den folgenden Tag bestellt. Der Erfolg war so, wie er sich hatte voraussagen lassen. Es trat ein Erguss seröser Flüssigkeit ein, der ganze Tampon war damit durchtränkt, die imbibirende Flüssigkeit hatte sich am Eingang des Meatus mit etwas Cerumen zu einer fest backenden Masse vereinigt und verschloss die Gehörgangs-Oeffnung. Daneben fand sich aber noch dieselbe Menge Schleim, resp. Schleim mit Eiter gemengt, die am Tage vor der Einbringung des Alauns secernirt worden war. Man war also um Nichts gebessert. Denn der Erguss seröser Flüssigkeit hat ja nur unter der Bedingung Werth, dass in Folge des Eintritts desselben eine früher vorhanden gewesene Absonderung von Schleim und Eiter sistirt. Da dies nicht der Fall war, so beschloss ich schon nach wenigen Einblasungen definitiv von diesem Wege abzustehen und die weiteren Versuche fortan allein im Hinblick auf die zweite Eventualität (nämlich die Modification der ursprünglichen Verbandmethode) anzustellen.

Um nun Directiven über die auf letztbesagtem Wege einzuschlagende Richtung zu erhalten, suchte ich zuvörderst festzustellen, was geschieht, wenn man (natürlich unter Beobachtung der nöthigen Vorsichtsmaassregeln) schleimige, resp. schleimig-eitrige Trommelhöhlen-Catarrhe mit der einfachen Gehörgangstamponade behandelt. Die hierbei zu beobachtenden Vorgänge sind naturgemäss zweifacher Art, nämlich 1) solche, die sich am Tampon und 2) solche, die sich an der Trommelhöhlenschleimhaut abspielen. Wir beginnen mit der Betrachtung des Tampons. Hierbei ergiebt sich Folgendes:

Digitized by Google

a) Vorgänge am Tampon.

Untersucht man den Gehörgangstampon bei Personen mit geringfügiger, rein schleimiger Absonderung, nachdem derselbe 24 Stunden im Ohr gelegen hat, so findet man ihn trocken. Nur an der Saugfläche*) lagert ein kleines Quantum zähen, glashellen, vollkommen durchsichtigen, farb- und geruchlosen Schleimes. Microscopisch besteht dasselbe hauptsächlich aus amorphem Schleim, einigen desquamirten Epithelien, spärlichen weissen Blutkörperchen und diversen nicht allzu zahlreichen Microben. Ganz anders verhält sich die Sache bei Patienten mit schleimig-eitriger Absonderung. Hier ist nicht blos die Saugfläche, sondern auch der Steigepfropf durchnässt. Natürlich in verschiedenem Masse, je nach der Stärke des Ausflusses. Bei ganz schwacher Absonderung nur in seinem innersten Abschnitt, bei etwas stärkerer durch und durch. In letzterem Falle stellt sich ein in die Augen springender Unterschied in der Beschaffenheit der den Tampon durchtränkenden Flüssigkeit heraus, je nachdem man letztere näher der Saug- oder näher der Verdunstungsoberfläche untersucht. Am besten lässt sich dies erkennen, wenn man die einzelnen Wattebäuschchen, die den Tampon zusammensetzen, nach der Herausnahme in derselben Reihenfolge wieder an einander legt, in der sie im Meatus auditorius externus gesteckt haben. Die Saugfläche ist dann ebenso wie bei den rein schleimigen Processen mit Schleim überzogen. Nur ist dieser nicht mehr glashell, transparent, sondern wegen Beimengung zahlreicher Eiterkörperchen gelbgrün, undurchsichtig. Microscopisch drängen sich die Leucocyten in den Vordergrund, das schleimige Menstrum und die desquamirten Epithelzellen treten ihnen gegenüber in den Schatten. Doch lässt sich ihre Anwesenheit stets nachweisen. Viel auffallender als microscopisch documentirt sich übrigens macroscopisch der Schleimgehalt an der Zähigkeit und Klebrigkeit des an der Saugfläche haftenden Secrettropfens. Aehnlich wie die Saugfläche verhält sich auch das von der Perforation aus gerechnet innerste Wattebäuschchen. Meist schon im 2. und 3., stets aber im 4., 5. oder 6. Wattebäuschchen hat das imbibirende Liquidum dagegen eine andere Beschaffenheit. Es wird nämlich, je mehr es im Tampon nach aussen gegen die Ohrmuschel aufsteigt, um so schleimfreier. Etwas später als der Schleim verringern sich auch die Leucocyten an Zahl, bis schliesslich die alleräussersten Wattebäuschchen relativ nur noch sehr wenig weisse Blutkörperchen in dem sie durchtränkenden Serum enthalten.

Was ist hier geschehen? Der Tampon wirkt offenbar in der Art auf das Secret, dass beim Aufsteigen desselben im Steigepfropf eine Scheidung des Ausflusses in die drei ihn constituirenden Bestandtheile: Schleim, Eiterkörperchen und Serum eintritt. Der Schleim bleibt wegen seiner äusserst geringen Capillarität an der Saugfläche, resp. dem innersten Wattebäuschchen haften und behält dabei mechanisch ein Quantum Eiterkörperchen zurück. Der grösste Theil der letzteren steigt dagegen

*) Wegen der Bedeutung der Bezeichnungen „Saugfläche, Steigepfropf, Verdunstungsoberfläche“ verweise ich auf die erste Mittheilung in No. 10 und 11 dieser Monatsschrift vom Jahre 1888.

Digitized by Google

— offenbar weil den Leucocyten eine etwas grössere Anziehungskraft dem hydrophilen Verbandmaterial gegenüber eigen ist, als dem Mucin — im Tampon nach aussen auf. Am weitesten dringt das Serum wegen seines grossen Capillaritätsvermögens in der Richtung der Verdunstungsoberfläche vor.

In der geschilderten Weise verhält sich der Gehörgangstampon bei mässiger Secretion. Ist der schleimig-eitrige Ausfluss sehr copiös, so tritt noch folgende Erscheinung hinzu: Vor der Saugfläche (also im Cavum tympani, resp. dem innersten Abschnitt des Gehörgangs) sammelt sich ein geringes Quantum schleimig-eitriger Materie an. Hier ist offenbar der Gehörgangstampon nicht attractionskräftig genug, um die ganze, ihm innerhalb 24 Stunden zuströmende Secretmenge zu bewältigen. Er hat soviel aufgesaugt, als er zu imbibiren vermag. Der Rest bleibt liegen. Würde man in solchen Fällen die Tamponade — anstatt in 24 Stunden — in Intervallen von je 12 Stunden wiederholen, so würde wahrscheinlich ganz so wie bei mässiger Absonderung die gesammte Secretmenge, ohne einen Rückstand im Cavum tympani zu hinterlassen, vom Tampon absorbirt werden. In Praxi habe ich den Versuch, ob dies wirklich eintritt, nicht ausführen können. Einfach aus dem Grunde, weil die räumlichen Verhältnisse der Grossstadt es ambulanten Patienten fast zur Unmöglichkeit machen, täglich zweimal die Sprechstunde des Ohrenarztes aufzusuchen, während andererseits sich Niemand wegen eines so wenig belästigenden Uebels, wie es ein chronischer Trommelhöhlencatarrh ist, in die stationäre Clinik aufnehmen lässt.

Dies sind die Vorgänge, die am Tampon bei den schleimigen resp. schleimig-eitrigen Processen vor sich gehen. Gehen wir nunmehr zur Besprechung der zweiten oben aufgeworfenen Frage, nämlich wie sich die chronisch-catarrhalisch erkrankte Trommelhöhle unter der Einwirkung der einfachen Gehörgangstamponade verhält, über.

b) Vorgänge in der Trommelhöhle.

Zur Erkenntniss der diesbezüglichen Vorgänge steht ausser der directen Ocularinspection vermittelst des Spiegels noch ein zweiter Weg offen. Nämlich die quantitative Bestimmung der in der Zeiteinheit von dem erkrankten Cavum tympani abgesonderten Secretmenge. Diesen Punkt habe ich oben schon einmal angedeutet. Ich will jetzt etwas näher auf die Sache eingehen. Wie wir später sehen werden, tritt bei genügend grosser Perforation und bei technisch richtiger Anlage der Saugfläche die gesammte Absonderung der Trommelhöhle an den Tampon, so dass bei rechtzeitiger Erneuerung des Verbandes (also eventuell 2 Mal in 24 Stunden) keine Spur von freiem Secret im Cavum tympani zurück bleibt. Nun lässt sich vermittelst der Waage genau das Gewicht des hydrophilen Verbandmaterials bestimmen, das jeweilig zur Anfertigung eines Gehörgangtampons gebraucht worden ist. Entfernt man letzteren, nachdem er eine bestimmte, beliebig anzunehmende Zeit — sagen wir 12 resp. 24 Stunden — im Ohr gelegen hat, so muss er jetzt um so viel schwerer sein, als das Gewicht der innerhalb dieser Zeit von der erkrankten Mittelohrmucosa abgesonderten Secretmenge beträgt. Auf diese Weise lässt sich durch Wägung genau feststellen, ob die von dem erkrankten Ohr abgesonderte Secretmenge während der Behand-

Digitized by Google

lung ab- oder zunimmt; man erhält also einen objectiven Maassstab, an dem sich die Fort- und Rückschritte in dem Befinden des kranken Ohres viel exacter, als durch die bisherigen, auf Schätzung beruhenden Methoden bestimmen lassen. In Praxi macht sich die Sache noch einfacher. Man bedarf nämlich gar nicht der Wägung, sondern vermag einfach aus der Zahl der innerhalb 24 Stunden durchnässten Wattebäuschchen das Zu- oder Abnehmen der Secretion mit genügender Genauigkeit zu bestimmen. Wenn bei einem Patienten von gestern auf heute der Tampon nur in seiner inneren, aus 3 Bäuschchen zusammengesetzten Hälfte durchtränkt ist, während er bei demselben Kranken und bei ebenfalls 24stündigem Verweilen von vorgestern auf gestern in seiner ganzen, auf 6 Bäuschchen sich beziffernden Ausdehnung durchnässt war, so geht daraus hervor, dass die Secretion sich seit vorgestern um die Hälfte verringert haben muss etc. etc.

Beide Wege, die directe Ocularinspection und die Bestimmung der innerhalb 24 Stunden abgesonderten Secretmenge ergaben nun, dass die chronisch-catarrhalisch entzündete Trommelhöhle durch Anwendung der einfachen Gehörgangstamponade in ganz eigenthümlicher Weise beeinflusst wird.

Ist die Absonderung von vornherein gering, so tritt gar keine Veränderung ein. Die Krankheit bleibt, was Quantität und Qualität des Ausflusses anbetrifft, in statu quo, mag man auch Monate lang täglich erneut oder in Intervallen von 2, 3, 4 Tagen tamponiren. Ist die Secretion dagegen reichlich, so vermindert sie sich, genügende Grösse der Perforation, technisch richtige Ausführung des Tampons und Beschränkung der Affection auf die eigentliche Paukenhöhle vorausgesetzt, quantitativ meist sehr schnell. — Qualitativ behält sie dagegen ihre ursprüngliche Beschaffenheit bei. Schon in wenigen Tagen resp. Wochen ist sie bis auf ein Minimum herabgesunken. Auf diesem aber bleibt sie stehen. Selbst wenn die Absonderung scheinbar erloschen ist und demgemäss der Tampon sogar bei mehrtägigem Liegen trocken bleibt, zeigt sich doch meistens, wenn man den Patienten nach 8—14 Tagen wieder untersucht, an dem inzwischen im Gehörgang stecken gebliebenen Tampon etwas Secret — ein sicheres Zeichen, dass die Krankheit noch nicht ganz behoben ist.

Dies sind die Vorgänge, welche sich mit Bezug auf die Secretion bei einer chronisch-catarrhalisch erkrankten Trommelhöhle beobachten lassen, sobald man ein derartiges Ohr mit der einfachen Gehörgangstamponade behandelt.

Recapituliren wir der Uebersichtlichkeit wegen das Gefundene nach beiden Richtungen in Kürze noch einmal:

1) Am Wattetampon vollzieht sich eine Scheidung des schleimigeitrigen Secretes in seine 3 Bestandtheile derart, dass der Schleim an der Saugfläche haften bleibt, während das Serum durch Capillarattraction nach aussen gegen die Ohrmuschel aufsteigt und die Eiterkörperchen insofern eine Mittelstellung einnehmen, als sie zwar weiter als der Schleim, aber nicht so weit als das Serum vordringen.

2) Die Secretion der Trommelhöhle behält qualitativ ihre ursprüngliche Beschaffenheit bei, quantitativ sinkt sie meistens bis auf ein Minimum herab, erlischt aber nie vollständig.

Digitized by Google

Welches sind die Gründe der oben geschilderten Erscheinungen? Die durch den Tampon bewirkte Scheidung des Secretes in seine 3 Bestandtheile beruht offenbar auf rein physicalischen Ursachen, nämlich auf der Verschiedenheit des capillaren Attractionsvermögens von Mucin, Eiterkörperchen und Serum gegenüber dem hydrophilen Verbandmaterial. Dagegen lässt sich die Frage: weshalb der einfachen Gehörgangstamponade eine so grosse secretionherabsetzende Kraft beiwohnt, nicht so leicht beantworten. Wahrscheinlich spielen mehrere Momente mit. Zuvörderst wird durch den Tampon den kranken Theilen Schutz gegen mechanische Erschütterungen gewährt, der bei leichter Beweglichkeit des Trommelfellrestes und der Gehörknöchelchenkette nicht ohne Belang sein kann. Ferner wird durch die Tamponade das Eindringen von Infectionskeimen auf dem Wege des Meatus audit. ext. unmöglich gemacht, was besonders bei Leuten in's Gewicht fällt, die gewohnt sind, sich beim täglichen Waschen des Kopfes nicht in Acht zu nehmen und dabei, sowie bei etwaigem Baden, Wasser, eventuell mit Seife verunreinigt, in's Ohr zu bringen pflegen. — Bei der Gehörgangstamponade ist es den Patienten natürlich untersagt, mit Wasser in die Nähe des Gehörorganes zu kommen. Endlich localisirt der Tampon alles Secret, so lange er saugfähig ist, in seiner Saugfläche und entlastet mithin die Wandpartien des Cavum tympani, so weit sie nicht mit dem Tampon in Berührung stehen.

Hierbei scheint noch der Umstand von besonderer Wichtigkeit zu sein, dass nicht das Secret in seiner ursprünglichen, dünnflüssigen, mit Leucocyten, Microben und Serum überladenen Beschaffenheit an der Saugfläche zurückbleibt, sondern wegen Abgabe seines Serums, eines Theiles seiner Eiterkörperchen und der dazu gehörigen Microben eine weit dickflüssigere und zur Zersetzung viel weniger geeignete Consistenz hat. Thatsache ist, dass es keine bekannte Maassregel giebt, die so secretherabsetzend wirkt, wie die einfache Gehörgangstamponade. Dass namentlich der primo loco erwähnte Punkt, nämlich die durch die Tamponade gesetzte absolute Ruhe des Gehörorgans, hierbei besonders in's Gewicht fällt, geht daraus hervor, dass man sehr stark secernirende Processe, wenn man sie mit der einfachen Gehörgangstamponade nicht zwingen kann, häufig, aber natürlich nicht immer durch Ausdehnung der Wattebäuschchen über die ganze Ohrmuschel mit consecutivem Herumlegen einer Binde um den Kopf herabsetzen kann. (Fortsetzung folgt.)

Die „Tonbringer".

Von

A. Rettig in Saarbrücken.

(Schluss.)

Die Weiterleitung des Tones nach dem Ohre geschieht vortheilhaft durch leichte weiterführende Leitungsröhren von Metall, Cautschuk, übersponnene Drahtröhren oder dergleichen, welche an die Leitungsröhre hinter dem Paraboloide, oder an das Ende der konischen Leitungsröhre vor demselben, angeschlossen werden. Bei Paraboloiden von so kleiner

Digitized by Google

Brennweite, dass das am Scheitel abgeschnittene Paraboloid selbst in den äusseren Gehörgang eingesteckt werden kann, ist eine besondere Leitungsröhre entbehrlich.

Das Endstück der nach dem Ohre weiterführenden Leitungsröhre bildet ein kleines konisches, oder paraboloidisches, Röhrchen aus Bein, Glas, Cautschuk etc., welches in den Gehörgang hineingesteckt wird, und zwar so, dass seine Oeffnung frei gegen das Trommelfell steht.

Zur Verminderung des Druckes auf das Ohr wird die weiterführende Leitungsröhre durch eine kleine, die Leitungsröhre festpackende, auf einem Knopfe befestigte Röhre, mit oder ohne Federn, welche am Kleide befestigt wird, gehalten. Die Mitwirkung der Hände zum Zwecke des Haltens der weiterführenden Leitungsröhre wird durch diese Vorrichtung entbehrlich gemacht.

Zum Zwecke der Festhaltung des Köpfchens am Ende der Leitungsröhre an der gewünschten Stelle dient ein aus zwei über den Kopf hinweggreifenden, hinter dem Ohre herabgehenden Federn, welche auf dem Scheitel übereinander geschoben werden können, gebildetes leichtes Kopfband nebst Haltring und Nadel. Durch diese Vorrichtung wird ermöglicht, das Köpfchen der Leitungsröhre in jeder dem Hörer gerade angenehmen Lage festzuhalten, sei es in oder vor dem äusseren Gehörgange. Es braucht nun nicht mehr der äussere Gehörgang selbst das Köpfchen der Leitungsröhre festzuhalten. Will man stärker hören, so braucht man nur das Köpfchen der Leitungsröhre tiefer in den Gehörgang hineinzuschieben; will man schwächer hören, so zieht man das Köpfchen der Leitungsröhre etwas zurück. Dabei bleibt der für das betreffende Ohr festgestellte richtige Einsatzwinkel unverändert. Die Verschiebbarkeit der über den Kopf greifenden Federn, ferner die Verschieb- und Drehbarkeit der Nadel an dem Haltringe bieten allen erforderlichen Spielraum. Ein belästigender Druck auf den Kopf wird durch diese Vorrichtung in keiner Weise verursacht.

Dieselbe Vorrichtung lässt sich benutzen, um kleine leichte Hörapparate am Kopfe selbst zu befestigen. —

Die Beobachtung von Geräuschen innerhalb eines Gegenstandes durch Aufsetzen des Paraboloids mit seiner offenen oder geschlossenen Vorderöffnung auf denselben, wozu besonders gestreckte Paraboloide geeignet sind, erfordert keine besonderen Vorrichtungen.

Soll der Apparat auf einem Gegenstande, z. B. einem Tische etc., aufgestellt werden, so wird an der hinter dem Scheitelausschnitte angebrachten Leitungsröhre, wo solche fehlt, an einem ähnlichen, hinter dem Paraboloide angebrachten Fortsatze, ein Kugelgelenk oder ein gewöhnliches Gelenk mit Stellschraube angebracht, dessen Lager nach unten mit einem Stempel versehen ist, der in eine Hohlsäule eingesteckt wird, welche einen festen Stand haben oder auch beweglich, z. B. an einer Tragplatte, angebracht sein kann. Die Fig. 1 und 2 zeigen, wie das Gelenk angebracht wird, die Gestalt eines Kugelgelenklagers, sowie die einer stehenden Hohlsäule. Der sich in der Hohlsäule bewegende Stempel ermöglicht, das Paraboloid nach allen Seiten zu drehen, während durch Benutzung der Schraube des Gelenklagers das Paraboloid der Lage der Tonquelle entsprechend in jedem Winkel nach oben und nach unten gestellt werden kann.

Digitized by Google

Paraboloide mit Leitungsröhre hinter dem Paraboloide können mit und ohne Tragplatte am Gürtel oder am Tragbande getragen, ferner auch so benutzt werden, dass man sie in der Hand hält oder auf einen Gegenstand, z. B. einen Tisch, Stuhl, Fussboden etc., auflegt.

Wird der Apparat mit Tragplatte oder am Tragbande hängend gebraucht, so ist es förderlich, denselben beim Gebrauche mit der Hand anzufassen. Der Ton erscheint hierauf sofort kräftiger. Die Schwingungen des Apparates werden eben alsdann durch die Knochenleitung dem Ohre in erhöhtem Maasse zugeführt.

Ein telephonischer oder microphonischer Apparat zum Hören kann bei sehr kleiner Grösse sehr wohl in ein kleines Paraboloid, welches direct in das Ohr eingesteckt werden kann, hermetisch abschliessend eingelegt werden. Ist dann das correspondirende Telephon oder Microphon mit einem starken Tonbringer als Schallbecher versehen, so kann eine ganz ausserordentliche Tonwirkung erzielt werden, und zwar unter völliger Isolirung des beobachtenden Ohres. — Der Punkt, an welchem die Einführung von Hörapparaten in den allgemeinen Gebrauch bisher vornehmlich scheiterte, ist die bei allen wirksamen Hörapparaten auftretende, die Ohrnerven reizende und zugleich die Deutlichkeit der Wahrnehmung, namentlich für Schwerhörige, beeinträchtigende, sog. störende Resonanz. Diese störende Resonanz wird auf eine sehr einfache, aber höchst wirksame Weise beseitigt, nämlich durch künstliche Theilung des acustischen Körpers in kleinere schwingende Theile bezw. künstliche Knotenlinienbildung.

Die sog. störende Resonanz beruht wesentlich darauf, dass die Töne nachklingen und in Folge dessen zusammenklingen, wodurch ein gewisses Ineinanderfliessen der Töne entsteht, das die Unterscheidung der einzelnen Töne bezw. Laute, insbesondere das Verständniss des gesprochenen Wortes, erschwert. Eine geeignete Verkürzung der Schwingungen des Apparates muss daher zur Beseitigung der störenden Resonanz führen. Die Beseitigung derselben wird auch in der That durch Theilung des acustischen Körpers in kleinere schwingende Theile erreicht. Zu diesem Zwecke hat man in den zur Bildung der gewollten Theile erforderlichen Abständen um den acustischen Körper selbst, auf der Aussen- oder Innenseite desselben, dazu geeignete fremde Körper als Dämpfer anzubringen. Durch die Berührung des schwingenden acustischen Körpers durch die Dämpfer werden die Schwingungen desselben unterbrochen und Schwingungsknoten verursacht, welche den akustischen Körper in die durch die Stellung der Dämpfer gegen einander bedingte Anzahl kleinere, durch die Knotenlinien begrenzte, schwingende Theile theilen. Ist der senkrechte Durchschnitt des acustischen Körpers gegen seine Achse, wie bei fast allen Hörapparaten, kreisförmig, so erfolgt die Bildung der Schwingungsknoten, der Knotenlinien und der verschiedenen schwingenden Theile des acustischen Körpers nach denselben Gesetzen, wie bei einer kreisförmigen Scheibe. Jede einzelne gebildete Knotenlinie durchschneidet einen solchen acustischen Körper seiner Länge nach in der Richtung einer durch seine Achse ihrer Länge nach und den Knotenpunkt, von welchem die Knotenlinie ausgeht, gelegten Ebene. Wenn man den Gradabstand eines in Thätigkeit gesetzten Dämpfers von dem nächsten in Thätigkeit gesetzten Dämpfer in 180 dividirt und die

Digitized by Google

so gefundene Zahl mit 2 multiplicirt, so erhält man die Zahl der durch diese beiden Dämpfer gebildeten schwingenden Theile. Angenommen, die beiden in Thätigkeit gesetzten Dämpfer seien 90° von einander entfernt, so erhält man 4 schwingende Theile, bei einer Entfernung von 60° 6 schwingende Theile u. s. f. Die Bildung der Knotenlinien wird dadurch verstärkt, dass man die Dämpfer stärker an den Apparat andrückt, desgleichen dadurch, dass man die den betreffenden Dämpfern in der Richtung des Kreisdurchmessers gegenüber liegenden Dämpfer oder einen oder mehrere weitere Dämpfer, welche in dem gleichen Abstande, wie die beiden ersten in Thätigkeit gesetzten Dämpfer von diesen oder von einer von diesen gebildeten Knotenlinie stehen, ebenfalls in Thätigkeit setzt. In dem Maasse, als man die schwingenden Theile kleiner macht, werden die Schwingungen kürzer und zugleich die Tonhöhe höher. Die dem Apparat eigenthümliche Tonhöhe kommt voll zur Geltung, wenn man denselben in nur 4 schwingende Theile theilt. Die vorhandene störende Resonanz verschwindet in dem Maasse, als die schwingenden Theile kleiner werden, und zwar in wahrhaft überraschender Weise.

Eine bequeme Weise, die Dämpfer anzubringen, ist die in der Zeichnung (Fig. 3 und 4) auf S. 133 veranschaulichte. In einem den Apparat nicht berührenden, den Vorderrand des Apparates, auf der Zeichnung eines Paraboloids, umfassenden Ringe werden in gewissen Abständen als Dämpfer kleine Stellschrauben angebracht, deren Köpfe mit Vertiefungen zur Aufnahme des Schraubenschlüssels versehen sind. Der Ring ist an einer Stelle ausgeschnitten und durch eine horizontal liegende Schraube geschlossen. Die den Apparat berührenden Köpfe der Stellschrauben sind abzurunden, damit die Berührungsfläche eine möglichst kleine wird. Mit dem für beide Arten Schrauben eingerichteten Schraubenschlüssel in der Hand, folgt der Hörer dem Sprechenden und setzt im Momente, ohne störendes Geräusch und ohne die Aufmerksamkeit auf das gesprochen Werdende auch nur einen Augenblick aussetzen zu müssen, diejenigen Dämpfer, die zur Beseitigung ihn störender Resonanz gerade erforderlich sind, in Thätigkeit und hat er es sodann in seiner Gewalt, durch Anziehen der Schlussschraube allein die von ihm in Thätigkeit gesetzten Dämpfer intensiver, oder durch Lockerung der Schlussschraube weniger intensiv wirken zu lassen. An Stelle der beweglichen Stellschrauben, an sich das Beste und Wirksamste, können zum Zwecke bequemeren Gebrauchs auch in ein festes Band, z. B. in einen Lederriemen, welcher in den Resonanzregulirungsring mit Schlussschraube eingelegt wird, eingelassene feste Stifte verwendet werden. In solchem Falle ist nur die Schlussschraube zu bewegen, was für den Gebrauch des Publikums wünschenswerth ist, weil der Gebrauch der Schlussschraube allein kein Verständniss des Zusammenhangs erfordert. Will man den Ton mildern, so kann man zwischen dem Band, in welchem die Stifte sitzen, und dem Resonanzregulirungsring, ferner zwischen den Stiften und dem Apparat Seidenband, weiches Leder oder dergleichen einlegen. Die Stifte können aus Metall, Holz, Bein, Horn oder dergleichen bestehen. Ihre den Apparat berührenden Köpfe sind zum Zwecke der Erzielung einer möglichst kleinen Berührungsfläche abzurunden. Die Reinheit des Tones kann dadurch, dass man die Lederriemen und die Stifte aus Holz, Bein und Horn mit doppelchromsaurem Kali durchtränkt, gefördert werden.

Digitized by Google

Die vorstehende Lösung der Frage, wie die störende Resonanz zu beseitigen ist: durch künstliche Theilung des acustischen Körpers in kleinere schwingende Theile, dürfte eine in jeder Hinsicht befriedigende sein. Die bei der oben angegebenen Messung bei dem Gebrauche von nur 2 oder 3 Dämpfern, welche 90° von einander entfernt sind, thatsächlich hervorgetretene erhebliche Verstärkung des Tones dürfte wesentlich mit der Erhöhung der Deutlichkeit des Tones durch die Resonanzregulirung zusammenhängen.

Das Princip dieser Resonanzregulirung ist mutatis mutandis auch auf bauliche Räume, die an störender Resonanz leiden, anwendbar. Viele Beobachtungen, welche man hinsichtlich der Correctur störender Resonanz in baulichen Räumen gemacht und in anderer Weise zu erklären versucht hat, finden ihre richtige Erklärung aus dem hier zu Grunde gelegten Principe. In baulichen Räumen dient u. A. geschickte Gruppirung der Thüren und Fenster und die durch dieselben bewirkte Theilung der Wandmassen zur Fernhaltung störender Resonanz.

Die ausserordentliche Verstärkung des Tones durch das Paraboloid kann gemässigt werden durch Abwenden der Achse des Paraboloids von der Quelle des Tones, durch Anwendung acustisch weniger leistungsfähiger Leitungsröhren, z. B. weicherer Cautschukröhren, ferner dadurch, dass man das Köpfchen am Ende der Leitungsröhre weniger fest in das Ohr eindrückt, endlich auch insbesondere durch Verminderung der direct arbeitenden Fläche des Paraboloids, was insbesondere mittelst eines Systems leicht abhebbarer und einsetzbarer concentrischer Ringe vor der Vorderöffnung des Paraboloids geschehen kann.

Das Paraboloid kann telescopartig gegliedert, zum Zusammenschieben und Auseinanderziehen eingerichtet werden.

Die vorliegenden Apparate können, da sie parabolische Spiegel sind, auch zu optischen Zwecken, insbesondere auch zu optischen Signalen, benutzt werden. Dieselben eignen sich selbstverständlich auch vorzüglich zu acustischen Signalen.

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Fortsetzung.)

Ad 2 und 3. Unter den 37 tabellarisch verzeichneten Fällen wurde der laterale Schleimhautwulst blos ein Mal für sich allein, ohne anderweitige locale Erkrankung vorgefunden, während er in den übrigen stets an die Gegenwart bestimmter, theils einzeln, theils doppelt vorhandener Krankheitsformen der Nasen- oder der Nebenhöhlen gebunden war.

Digitized by Google

Von jenem Ausnahmsfalle, sowie auch von den in der Tabelle verzeichneten 8 Ozaenafällen vorläufig abgesehen, wurde in den übrigen 28 ausnahmslos Empyem der Oberkieferhöhle, und zwar 9 Mal dieses allein, 19 Mal aber nebstdem noch Polypenbildung in der Nasenhöhle diagnosticirt.

In welcher Beziehung steht nun der laterale Schleimhautwulst zu den beiden Erkrankungsformen und diese wiederum zu einander?

Die Antwort darauf ist auf Grund der vorangeschickten Analyse unserer Fälle ebenso leicht als bestimmt zu stellen.

Wir brauchen blos daran zu erinnern:

a) dass in 9 Fällen der Tabelle neben der lateralen Wulstbildung nur Empyem der Kieferhöhle, beide stets auf ein und derselben Seite, sonst aber keine Erkrankung der Nasen- oder der Nebenhöhlen mehr vorlag;

b) dass in den 19 Fällen, wo neben dem lateralen Schleimhautwulste auch Nasenpolypen vorgefunden wurden, stets auch Empyem der Kieferhöhle vorhanden war, wobei sich der Wulst, einerlei, ob die Polypenbildung ein- oder doppelseitig war, immer in der dem Empyem entsprechenden Nasenhälfte befand; endlich

c) dass wir in der Tabelle nicht einen Fall verzeichnet, überhaupt einen derartigen nie beobachtet haben, wo neben dem lateralen Schleimhautwulste einzig und allein nur Nasenpolypen vorgefunden und nicht auch Empyem der Kieferhöhle constatirt worden wäre,

um zu dem Schlusse zu gelangen, dass das Vorkommen des lateralen Schleimhautwulstes einzig und allein an die Gegenwart eines Oberkieferhöhlenempyems gebunden ist.

Berücksichtigen wir ferner:

a) dass in den 9 Fällen alleinigen Kieferhöhlenempyems ausser diesem absolut nichts vorlag, worauf die Entstehung des lateralen Schleimhautwulstes hätte zurückgeführt werden können, wohl aber in 7 von diesen und ebenso in 10 von den 19 mit Nasenpolypen complicirten Empyemfällen Caries oder Verlust bestimmter Zahngruppen in der dem Empyeme entsprechenden Oberkieferhälfte constatirt wurde;

b) dass in den complicirten Empyemfällen das Polypennest regelmässig hinterhalb des Wulstes an der äusseren Nasenwand gelegen war; endlich

c) dass ebenso regelmässig bei uncomplicirtem Kieferhöhlenempyem nach Abtragung des Wulstes Granulationsmassen resp. polypöse Schleimhautwucherungen hinterhalb desselben vorgefunden wurden, die mit der Zeit höchst wahrscheinlich zu echten Polypen herangewachsen wären, —

so folgt daraus:

1) dass wir das ursächliche Moment der lateralen Wulstbildung in der eitrigen Entzündung der Oberkieferhöhle zu suchen resp. den lateralen Schleimhautwulst als Product jener Entzündung anzusehen haben;

2) dass, wenn Polypenbildung in der Nase, der laterale Schleimhautwulst und Empyem der Kieferhöhle vereint mit einander vorkommen, letzteres regelmässig als das Grundleiden, erstere aber als ein Folgeleiden zu betrachten, d. h. die Ursache der Polypenbildung in

Digitized by Google

solchen Fällen regelmässig in einem schon früher bestandenen Antrumempyem zu suchen ist;

3) dass der laterale Schleimhautwulst, wann immer er vorgefunden wird, als characteristisches objectives Symptom einer entweder noch bestehenden oder aber bereits geschwundenen Oberkieferhöhleneiterung gedeutet werden muss.

Wenn in 9 von 27 Fällen theils einfachen, theils complicirten Empyems der Zahnbefund ein negativer war, so bedeutet das blos, dass das Empyem auch noch auf andere Weise, als in Folge von Zahncaries entstehen kann.

Wie verhält es sich nun in dem obenerwähnten Ausnahmsfalle und in den Ozaenafällen, wo ebenfalls doppelseitiger Schleimhautwulst und nebstdem noch deutliche Hervorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwand vorlag?

Auch hier müssen wir das Kieferhöhlenempyem für die Entstehung sowohl des Schleimhautwulstes als der Vorwölbung der äusseren Nasenhöhlenwand verantwortlich machen.

In 6 von 8 Ozaenafällen bestanden auch thatsächlich Zeichen noch vorhandenen Kieferhöhlenempyems und in eben so viel Fällen wurde Caries oder Verlust gerade jener Zähne vorgefunden, die zu Empyem in ursächlicher Beziehung zu stehen pflegen. Dass ein Mal bei Ozaena sowie in dem Ausnahmefalle die Zähne gesund befunden wurden, ferner, dass in 2 Ozaenafällen zur Zeit der Untersuchung mit Ausnahme des Schleimhautwulstes anderweitige Symptome eines noch bestehenden Kieferhöhlenempyems fehlten, genügt noch keineswegs, uns von der Unrichtigkeit der ausgesprochenen Ansicht überzeugt zu halten, schon aus dem Grunde nicht, weil es keinem Zweifel unterliegt, dass Empyem der Kieferhöhle trotz der für den Secretabfluss so ungünstigen Verhältnisse auch spontan zur Heilung gelangen kann. Ich habe das heuer an mir selbst erlebt. Dass mit dem Aufhören der Eiterung nicht auch alle anderen Processe, welche die Entzündung während ihres Bestandes in der Schleimhaut der nachbarlichen Nasenwand resp. in der Umgebung des Ostiums angeregt hat, schwinden müssen und sich fortan selbstständig weiter entwickeln können, ist doch leicht denkbar, insolange der Gegenbeweis nicht erbracht ist. Als solche bezeichnen wir namentlich die Fälle, in welchen ausser dem Schleimhautwulste anderlei objective Symptome eines noch bestehenden Kieferhöhlenempyems nicht vorhanden waren. Die Vorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwand deutet jedenfalls auf die ferne Vergangenheit hin, in welche die Blüthezeit des Empyems zurück zu versetzen ist. Unsere Beobachtungen über das Vorkommen des lateralen Schleimhautwulstes bei Ozaena simplex sind übrigens noch viel zahlreicher als hier angegeben, nur wurden die neueren Fälle in die Tabelle nicht mehr aufgenommen.

In welcher Beziehung Kieferhöhlenempyem und Ozaena simplex zu einander stehen, werden wir an späterer Stelle besprechen.

Ad 4. Was nun die eigentlichen Entstehungsursachen des lateralen Schleimhautwulstes und die näheren Vorgänge bei der Bildung desselben anbelangt, so müssen mechanische Reize, insofern sie von Seiten anderer Schleimhautgeschwülste der Nasenhöhle auf die äussere Wand statthaben

Digitized by Google

könnten, unbedingt ausgeschlossen werden, einfach deshalb, weil der Schleimhautwulst bei Polypenbildung allein, ohne gleichzeitiges Empyem der Kieferhöhle nie vorkommt. Ebensowenig oder nur zum geringsten Theile möchten wir das sich aus der Kieferhöhle entleerende Secret, resp. den Reiz, welchen es in Folge einer bestimmten Beschaffenheit auf die Schleimhautbekleidung der äusseren Nasenhöhlenwand ausübt, für die Entstehung des Wulstes verantwortlich machen; einmal wegen der nicht unbedeutenden Entfernung zwischen Wulst und Ostium maxillare, besonders mit Rücksichtnahme auf die ziemlich inconstante Lage des Letzteren, einmal wegen des auffallenden Missverhältnisses, welches bei uncomplicirtem Empyeme zwischen dem mächtig entwickelten Wulste uud den winzigen polypösen Schleimhautwucherungen hinsichtlich ihrer Grösse an den vom Secrete zunächst betroffenen Stellen zu Tage tritt.

Die wahre Ursache der Wulstbildung muss vielmehr auf andere Factoren und zwar auf solche, die in Einem mit der eitrigen Entzündung der Kieferhöhle einhergehen, zurückgeführt werden, vor Allem auf Circulations- und Ernährungs-Störungen in dem dem Eiterherde benachbarten Schleimhautüberzuge der äusseren Nasenhöhlenwand, welch' letzterer mit der Kieferhöhlenschleimhaut theils durch Lückenbildung in der Zwischenwand, theils durch zahlreiche Gefässanastomosen direct in Verbindung steht. Die nächsten Folgen der Störungen sind wie immer Hyperaemie, entzündliche Schwellung, bei längerer Dauer Gefäss- und Bindegewebs-Neubildung in der Schleimhaut, Hypertrophie derselben und das Endproduct — der laterale Schleimhautwulst. Dagegen nehme ich keinen Anstand, die polypösen Wucherungen an den Rändern des Ostiums vorwiegend durch dauernden Reiz des Schleimhautgewebes von Seiten des Secretes entstehen zu lassen.

Ad 5. Pathologische und practische Bedeutung des lateralen Schleimhautwulstes.

Der Einfluss, welchen der laterale Schleimhautwulst auf gewisse Vorgänge in der Nasenhöhle auszuüben im Stande ist, ist nicht so geringfügig, als dass er nicht ausführlich besprochen zu werden verdiente. Er macht sich hauptsächlich in zweifacher Weise geltend: Erstens, indem er den physiologischen Verrichtungen der Nasen- und der Nebenhöhlen hemmend entgegentritt, zweitens, dass er nicht nur das Fortbestehen und die Weiterentwickelung gewisser pathologischer Processe in jenen Höhlen begünstigt, sondern dem Entstehen auch noch anderer, bisher nicht vorhandener Processe Vorschub leistet.

I. In physiologischer Hinsicht äussert sich der Einfluss des lateralen Schleimhautwulstes hauptsächlich:

a) in der Behinderung, nicht selten vollständigen Aufhebung der Nasenathmung in der betreffenden Hälfte, verursacht durch mehr weniger vollständigen Verschluss des mittleren, oft auch des unteren Nasenganges.

Der Verschluss des mittleren Nasenganges wird entweder vom Wulste allein hergestellt, wenn nämlich dieser in seiner ganzen Länge dem Septum unmittelbar anliegt, oder es nimmt zugleich die an's Septum gedrängte mittlere Muschel, seltener eine Schleimhautgeschwulst der Nasenscheidewand Theil daran. Wieviel dabei für die Nasenathmung noch übrig

Digitized by Google

bleibt, hängt von dem Verhalten der unteren Muschel bezw. der Weite des unteren Nasenganges ab Vollständige Aufhebung der Nasenathmung findet im Allgemeinen nur dann statt, wenn es entweder durch umfangreiche Geschwülste anderer Art (Nasenpolypen) oder in Folge hochgradiger Schleimhauthypertrophie der unteren Muscheln zum Verschlusse auch des unteren Nasenganges gekommen ist.

b) Da der Wulst in der Regel hoch zum vorderen, absteigenden Nasendache hinanreicht, tritt ferner, besonders wenn er dem Septum innig anliegt, Verschluss der Riechspalte und somit theilweiser oder gänzlicher, temporärer oder bleibender Verlust des Riechvermögens ein.

Nebst dem Verschlusse der Riechspalte ist auch dem nachtheiligen Einflusse, welchen die an die Nasenscheidewand gedrängte mittlere Muschel (Zuckerkandl, l. c. S. 86) oder der Schleimhautwulst selbst auf die Verzweigungen des Olfactorius ausübt, eine gewisse Bedeutung beizumessen. In der Tabelle finden sich Beispiele genug, wo in Folge Gegenwart des Wulstes Verlust des Riechvermögens eingetreten war.

c) Als dritte Folge der lateralen Wulstbildung ist die Behinderung oder aber gänzliche Aufhebung der Ventilation der Nebenhöhlen zu nennen; die Ursache dieses Hemmungszustandes ist ebenfalls in dem vorderen Verschlusse des mittleren Nasenganges zu suchen. Dass aber der laterale Schleimhautwulst für sich allein Verschluss eines der Nebenhöhlenostien herbeiführen, ferner Behinderung oder vollständige Aufhebung des Secretabflusses aus den Nebenhöhlen verursachen könnte, halten wir nicht für wahrscheinlich; einmal, wie schon gesagt, wegen seines immerhin weiten Abstandes von den Ostien (der Kiefer- und Stirnbeinhöhle), wegen der geschützten Lage der Ostien, endlich wegen des Widerstandes, dem der Wulst regelmässig an der Vorderkante der mittleren Muschel begegnet, in Folge dessen er sich weniger nach hinten als nach vorne ausbreiten kann. Wenn also in einzelnen Fällen bei vorhandenem Wulste übermässige Secretansammlung (Retention) in einer der Nebenhöhlen zur Beobachtung kommt, so dürfte der Verschluss kaum durch den Wulst allein, viel eher durch die polypösen Schleimhautwucherungen, welche regelmässig hinter dem Wulste und oft massenhaft angetroffen werden, zu Stande gekommen sein. Manchmal übt zwar schon die Abtragung des Wulstes allein einen merklichen Einfluss auf die subjectiven Symptome aus, der freie Abfluss des Secretes wird aber regelmässig erst dann hergestellt, wenn die polypösen Wucherungen vernichtet und das Ostium freigelegt resp. erweitert worden sind.

Wir möchten an dieser Stelle noch einer anderen Sache Erwähnung thun.

Nach Schmiegelow (l. c.) kam anlässlich der Discussion über Antrumempyem auch die Sondirung der Stirnbein- und Oberkieferhöhle von der Nase aus zur Sprache, und zwar wurde dieselbe, namentlich in Bezug auf die Stirnbeinhöhle (wenn sie normal ist) von Barth, Kahsnitz (in ca. 80 pCt. Fällen) und Truckenbrod als leicht bezeichnet.

Zahlreiche an der Leiche vorgenommene und controllirte Sondirungsversuche haben uns aber geradezu von dem Gegentheil belehrt, weshalb wir unbedingt Moldenhauer beipflichten, welcher sagt (Die Krankheiten der Nasenhöhlen etc., 1886, S. 10), „dass sowohl die mehr nach

Digitized by Google

hinten und unten sehende Oeffnung der Stirnbein-, als auch die mehr nach hinten und oben gerichtete Oeffnung der Kieferhöhle eben so wenig unserem Blicke zugänglich ist, als die mittlere Muschel unter normalen Verhältnissen erlaubt, stark gekrümmte Instrumente in die Höhlen einzuführen.“ Auch Zuckerkandl (l. c.) und Ziem (Monatsschrift für Ohrenheilk. 1886, S. 139) halten das Eindringen in die Highmorshöhle durch das Infundibulum des mittleren Nasenganges in den meisten Fällen für unausführbar. Gewissheit darüber verschaffen, dass die Sonde wirklich in eine oder die andere Nebenhöhle eingedrungen ist, kann man sich nur an der Leiche, und zwar durch Inspection der gleichzeitig von einer anderen Seite eröffneten Höhle. Am Lebenden haben wir, mit Ausnahme der Angaben des Kranken, absolut keine Gewähr dafür; welch' geringer Werth den Angaben der untersuchten Person beigelegt werden darf, haben wir bereits an früherer Stelle gesagt. Am schwierigsten stellt sich die Sondirung der Stirnbeinhöhle dar, indem man ihr nur mittelst einer spitzwinkelig gebogenen, in der Richtung von hinten unten nach vorn oben geführten Sonde beikommen kann. Unsere diesbezüglichen Versuche zeigten nun, wie oft und leicht man sich bei der Sondirung eben der Stirnbeinhöhle täuschen kann, namentlich, dass man aus dem scheinbar tiefen Vordringen und dem Anpralle der Sonde an die vermeintliche Höhlenwand noch keineswegs schliessen darf, dass sich die Sonde in der Stirnbein- und nicht noch in der Nasenhöhle befindet.

(Fortsetzung folgt.)

Therapie bei Ozaena.

Von

Dr. **W. Posthumus Meyjes** in Amsterdam.

Die neueste, vor Kurzem erschienene Arbeit von Lacoarret[1]) (in No. 11 dieser Monatsschrift 1889 durch Firlé in Bonn referirt) zeigte mir, dass die Behandlungsweise der Ozaena im Allgemeinen noch immer die im letzten Decennium angewandte ist.

Vor einiger Zeit erlaubte ich mir, hervorzuheben[2]), wie wenig wirkungsvoll die bis jetzt local in Anwendung gezogenen Mittel sich erwiesen, wenn es sich darum handelt, die fötide Borkenbildung bleibend zu beseitigen. Während alle Autoren, mit Ausnahme Gottstein's, der mit Vorliebe Wattetampons benutzt, die öftere tägliche Ausspritzung der Nase dringend empfehlen, ist hiermit nur das erste Stadium der Behandlung angedeutet. Eine grosse Anzahl leider niemals dauernd wirkender Adstringentien steht uns jetzt zu Gebote, doch deren Zahl verhält sich umgekehrt zu ihrer Heilkraft. Die gute Wirkung, welche ich bei der einfachen Rhinitis chronica durch schwache Lösungen von Nitr. argenti beobachtete, bestimmte mich, dieses Mittel auch bei der Ozaena in Anwendung zu ziehen. Vorher tamponire ich abwechselnd beide Nasen-

[1]) Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales.

[2]) Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde No. 27, 1889.

Digitized by Google

löcher und entferne nach etwa 20—30 Minuten die mit hellem und dünnem Secret umhüllten Tampons. Viel leichter und zweckmässiger, als nach Ausspritzung, lassen sich damit die Borken entfernen. Mit trockenen Tampons wird dann die Schleimhaut von den letzten Resten des anhaftenden Schleimes befreit. Der hyperämische und geschwollene Zustand der Schleimhaut — als Folge der Tamponade — giebt an sich eine viel grössere Resorptionsfähigkeit, als es bei blosser Ausspritzung der Fall ist.

Sodann führe ich die lange Canüle eines Pulverisateurs (nach von Troeltsch) tief in die Nasengänge ein und spritze mittelst Doppelgebläse durch einmalige Compression 10—12 Tropfen einer 2procentigen Nitras argenti-Lösung ein, wobei ich mich hüte, die Vordertheile der Nasenschleimhaut zu befeuchten, weil dadurch öfters die bekannten unangenehmen Erscheinungen: Kopfschmerz, Augenthränen u. s. w. auftreten können. Während ich früher[3]) die Concentration meiner Salpetersäure-Silberlösung 2 pCt. nicht übersteigen liess, trete ich heute dreister auf. Ich fange mit 2 pCt. an, steigere täglich die Concentration und wende nach 4 Tagen schon 15procentige Lösungen an, innerhalb einer Woche 25procentige benutzend. Bei dieser Concentration beharre ich während der zweiten Woche, ohne dass ich je unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet hätte. Kein anderes Mittel zeigt in so kurzer Zeit eine derartige und bleibende Wirkung. In der dritten Woche genügt die Einspritzung 3 Mal wöchentlich, von da ab eine 2 Mal wöchentliche u. s. w., bis die Borken nicht mehr wiederkehren. Die früher Monate hindurch mit Tamponade, Ausspülung, Jodglycerin oder Alumen acet. tart. — neulich wieder warm empfohlen — behandelten Ozaenafälle zeigten nach Tagen bei Nitras argenti-Anwendung mehr Besserung, als früher ohne dieses Mittel in Monaten erreicht wurde.

Wenn man weiss, wie langwierig die Behandlung der Ozaena im Allgemeinen ist, Mackenzie z. B. seine Patienten 2 — 3 Jahre! fortwährend die Selbst-Tamponade ausführen lässt, so dürfte wohl die geschilderte locale Therapie, welche nebst einer passenden allgemeinen Behandlung die Dauer auf Wochen reducirt, Beachtung verdienen.

Circa 30 Ozaenafälle, deren ziemlich monotone Krankengeschichte ich nicht hervorheben will, sind mit Nitr. argenti behandelt worden, und ich möchte den Herren Collegen die Anwendung dieses Mittels in der von mir angegebenen Concentration und Anwendungsweise auf's Wärmste empfehlen. Sehr erfreuen würde es mich, ihre Resultate zu vernehmen.

Dritter Beitrag zur Kenntniss der Aphonia spastica.

Von

Dr. **G. Jonquière**

Docent an der Universität Bern.

Ende December 1887 brachte Frau J. aus Bern ihre 16jähr. Tochter zu mir, welche vor 5 Wochen plötzlich stimmlos geworden und seither

[3]) Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde No. 27, 1889.

Digitized by Google

auch geblieben war, abgesehen von einigen mehrstündigen Unterbrechungen, bei denen sie die Stimme ebenso plötzlich wieder gewann und verlor.

Als ich die Patientin sprechen hörte, war ich ausser Zweifel über die Diagnose; zu sehr wurde ich an meine 2 früheren Fälle von Aphonia spastica erinnert (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1883. — Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 7, 1884).

Die Sprache klang wie ein stark gepresstes Flüstern und Patientin beklagte sich dabei über das Gefühl von Zusammenschnüren im Halse. Das Lachen und Husten waren ebenso tonlos. Die Athmung zeigte sich in keiner Weise behindert, auch waren beim Sprechen keine Erscheinungen von Seiten des Zwerchfelles nachzuweisen. Das laryngoscopische Bild war genau dasjenige meiner früheren Fälle; beim Versuch, zu phoniren, die Stimmbänder in etwas mehr, als den vorderen zwei Dritteln fest an einander gepresst, zu hinterst eine nach rückwärts offene, dreieckige, durch Hypercinese der Mm. laterales entstehende Spalte bildend; die Athmungsstellung der Stimmbänder ganz normal. Im Gegensatz zu meinen beiden früheren Fällen konnte ich hier keine spastische Annäherung der Taschenbänder (Mm. thyreo-arytaenoidei sup.) wahrnehmen.

Das Mädchen sah kräftig und üppig entwickelt, aber etwas chlorotisch aus. Es hatte die Periode früh bekommen, aber in den letzten Monaten selten und sehr schwach gehabt. Hämoglobin 70 pCt. Von einer anhaltenden Anstrengung der Stimme war bei ihr keine Rede. Der übrige Nervenzustand schien normal zu sein, weder Hautanästhesien, noch Achromatopsie, nur eine relative Anästhesie des weichen Gaumens konnte nachgewiesen werden. Dieses letztere Symptom, sowie eine leichte parenchymatöse Struma hatte sie mit meinen ersten Fällen gemein. Hingegen fehlten jene unerklärten Temperatursteigerungen, wie ich sie früher einmal bei dieser Krankheit beobachtet hatte. Eine leichte Ozaena atrophicans fiel mir bei ihr, wie auch schon in meinem vorhergehenden Falle auf. In der Familie waren, im Gegensatz zu meinen bisherigen Erfahrungen, anamnestisch keine Nervenleiden aufzuspüren.

Trotz fehlender anderer hysterischer Symptome war bei dieser Pat. die Diagnose auf Aphonia spastica hysterica unzweifelhaft. Aber noch näher begründet wurde dieselbe durch den Erfolg der eingeschlagenen Therapie.

Es war in meiner Consultationsstunde, andere Patienten warteten. Ich suchte daher ohne Umschweife das einfachste Mittel hervor, welches sich mir bei meinen früheren, ganz gleichartigen Fällen vollkommen bewährt hatte Ich drückte der liegenden Patientin mit langsam zunehmender Kraft, erst mittelst der einen, dann mit beiden Fäusten zugleich energisch rechts und links in die Gegend der Ovarien. Ich hatte es auf diese abgesehen, unterliess jedoch den einzig zuverlässigen, bimanuellen Griff wegen der Virginität und weil er nach meiner Erfahrung für unsern Zweck überflüssig war. Der Druck wurde gut vertragen. Keine der Ovarien war empfindlich.

Erst nach 25 Minuten unausgesetzter, wenn auch einige Male etwas nachlassender Pression bekamen die immer wiederholten 5 Vocale leisen Ton, der sich alsobald verstärkte, so dass Pat. nach wenigen Minuten mit nahezu normaler Stimme Wörter und Sätze aussprach und überhaupt

Digitized by Google

wieder laut reden konnte. Auch das Lachen und Husten klang wieder laut.

Im Spiegelbild der Phonation war der harte Schluss der freien Stimmbandränder, sowie die hypercinetische Divergenz am hinteren Ende derselben verschwunden, nur zeigte sich eine leichte Parese des Musc. internus und ein schwaches Zittern der Stimmbandränder im Bereich der Spalte. 3 Tage später stellte sich die Patientin mit vollkommen kräftiger Stimme wieder vor. Die Internusparese hatte sich seither von selbst verloren. Die spastische Form kennzeichnete sich also hier sehr hübsch als ein Schwäche-, d. h. negativ paretischer Zustand, indem sie durch eine paretische Erscheinungsweise hindurch in die normale Thätigkeit übergehen musste.

4½ Wochen später fing die Geschichte plötzlich wieder von vorne an, um sofort wieder durch dieselbe Manipulation beseitigt zu werden. Seither blieb das Mädchen ohne Unterbrechung bei vollkommen normaler Stimme. Nur ist ihr Kehlkopf, wie mir ihre Mutter in den letzten Tagen berichtete, ein wenig empfindlich gegen Tabakrauch. Es sind nun 2¼ Jahre her.

Die beschriebene Wirkung des Druckes auf die Ovarialgegend hat gar nichts Absonderliches, wenn man bedenkt, dass die heftigsten hystero-epileptischen clonisch-tetanischen Anfälle, wie ich es bei Charcot häufig sah und in meiner Praxis nachzuahmen Gelegenheit hatte, durch den gleichen leichten Druck fast blitzschnell zum Abschluss gebracht werden. Das gleiche Mittel ward in roher Weise bei den hysteroepileptischen Epidemieen des St. Veit und St. Médard vor Jahrhunderten vom Volke selbst angewandt, indem es den Besessenen auf den Bäuchen herumtrommelte und stampfte, woran Manche gestorben, vielleicht aber auch mitunter eine Aphonia spastica zum Schreien gebracht worden ist.

Ich wundere mich, dass meines Wissens noch in keinem ähnlichen Falle ein gleicher Erfolg mitgetheilt worden ist, während er bei meinen 3 Fällen nicht nur momentane, sondern s. z. s. dauernde Heilung bei Leuten bewirkte, die Monate lang stimmlos gewesen waren.

P. Koch in Luxemburg fand bei 2 einschlägigen Fällen den Ovarialdruck ganz wirkungslos. Nur ein Arzt constatirte die Wirkung, Dr. Dumont in Bern, und zwar an meiner ersten Patientin, welche später einmal aphonisch in seine Hände kam und von ihm durch den Druck sofort wieder und auf die Dauer hergestellt wurde. Als Seitenstück hätte ich einen Fall von de Sanctis (s. Internat. Centr.-Blatt f. Laryngologie No. 10, 1888) anzuführen, wo durch denselben Druck ein respiratorischer Spasmus glottidis beseitigt wurde.

Man ist versucht, bei dieser Behandlung an Suggestionswirkungen zu denken, und ich will nicht läugnen, dass ich es dabei an ermunternden Worten nicht fehlen liess. Wenn ich aber bei ganz gleichem Verhalten andere Stellen des Unterleibs oder der Brustgegend presste, so trat der Erfolg nicht ein. Wenn ich hingegen an der Electionsstelle den Druck ausübte, ohne ein Wort zu sagen, so trat z. B. bei meinen ersten Fällen der Erfolg doch eben so gut ein.

Die Gegenprobe wurde von mir auch versucht, indem ich die unmittelbare Suggestion anwandte. Bei den 2 frühern Patientinnen hatte ich die Hypnose allerdings noch nach der alten Weise, durch Fixirung

Digitized by Google

des Knopfes eingeleitet, wobei sie ganz anästhetisch wurden. Wenn ich ihnen aber nun zuredete, laut zu sprechen, so erwachten sie und waren vollkommen nüchtern. In dem hier beschriebenen Fall brachte ich es, als er recidivirte, nicht zur suggestiven Hypnose, und die Suggestion im wachen Zustande schlug nicht an. Indessen scheint es mir, dass eine gut ausgeführte Eingebung in den spastischen Aphonien eben so gut wirken könnte, wie sie es bekanntlich bei den hysterischen Paresen oft thut. Jedenfalls steht für meine Fälle die Wirkung der Suggestion nach dem Gesagten ausser Frage. Man müsste denn das blosse Drücken in das Hypogastrium einer jungen Hysterica in der derselben bewussten Absicht, ihre Stimme wieder herzustellen, schon als Suggestionsact bezeichnen wollen. Nun, das kann man ja allenfalls. Dann müsste consequenter Weise die Wirkung auch in den grossen hysteroepileptischen Anfällen, wo ja auch noch ein Halbbewusstsein der Patientinnen angenommen werden kann, der Suggestion beigemessen werden.

Gegen die Annahme der Suggestion in der beschriebenen Behandlungsweise spricht endlich noch ein Grund. Meine Patientinnen konnten sich nämlich durch Druck in die Ovarialgegend mit ihren eigenen Händen die Stimme selbst wieder herstellen, wie ich es in meinen früheren Publicationen (l. c.) beschrieben habe. Eine solche Autosuggestibilität ist eine seltenere Erscheinung und kommt mir gerade bei meinen leicht hysterischen Patientinnen unwahrscheinlich vor, obschon sie natürlich zum Bild ausgesprochener, constitutioneller Hysterie passen würde. Weitere Versuche dürften die Frage wohl einmal endgiltig entscheiden

Was das Wesen der Aphonia spastica meiner Patienten anbetrifft, so konnte ich bei denselben jedenfalls den Begriff der Beschäftigungsneurose von vornherein ausschliessen.

Bei meiner letzten Patientin und einer früheren hätte man noch, wegen der vorhandenen Ozaena, an die Fälle von Hoffmann, Oltuzewsky, Hering, als von der Nase ausgehende Reflexneurosen denken können. Da ich aber die Nasen meiner Patientinnen practisch gar nicht berücksichtigte und die Heilung auf ganz andere Weise doch, und zwar dauernd eintrat, so war bei denselben das leichte Nasenübel als mögliche Ursache des Spasmus nicht herbeizuziehen. Ich muss also meine Fälle als hysterische Functionsneurosen im weitesten Sinne bezeichnen, welche ihre peripherische Ursache auf centraler Basis in gewissen sexualen Störungen haben mochten und vielleicht mit keinem der schon beschriebenen Fälle, wohl aber unter sich als innerlich ganz congruent angesehen werden können.

Fremdkörper im Larynx.

Von

Dr. **Max Schaeffer** in Bremen.

Am 23. November 1887 brachte mir eine Arbeiterfrau ihr 4½jähr. Kind wegen bedeutender Kurzathmigkeit und Heiserkeit Abends in di Sprechstunde.

Das Kind, sehr schlecht für sein Alter entwickelt (wie ein 2½jäh riges aussehend), war sehr heiser, konnte nur mit Mühe athmen, hatt bedeutenden Stridor, sah blauroth im Gesicht aus.

Digitized by Google

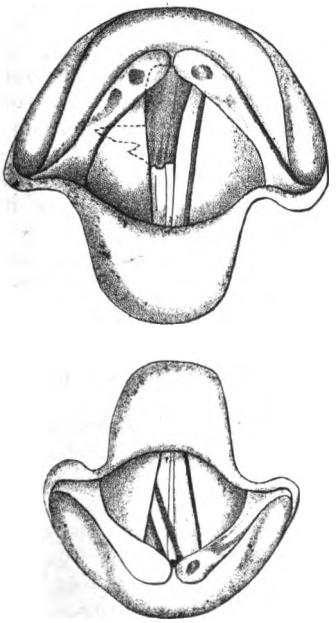
Die Anamnese ergab, dass das Kind am 22. nach dem Essen von Suppe plötzlich heiser, später kurzathmig geworden sei und dass sich seitdem diese Erscheinungen stetig gesteigert hätten. Die Mutter gab zu, dass in der Suppe kleine Stücke von dem zerschlagenen Markknochen sich befunden hätten und dass das Kind wohl ein solches verschluckt haben könnte, da es sehr hastig gegessen habe.

Das Kind war wegen der Kleinheit des Kehlkopfes und der Kurzathmigkeit sehr schwer zu untersuchen. Nach Pinselung des Larynx mit einer 10procentigen Cocainlösung glaubte ich bestimmt einen 1 Ctm. langen, grauweissen Körper von der Mitte der Incisura interarytaenoidea seitlich in die rechte Morgagni'sche Tasche hinübergelagert in der Stimmritze gesehen zu haben. Verschiedene Extractionsversuche misslangen aber bei der Unruhe des Kindes, obwohl ich einige Male den festen Körper mit der Schrötter'schen Pincette gefasst hatte.

Ich schickte deshalb das Kind in das Kinderkrankenhaus mit einer genauen Zeichnung meines Befundes und der Bitte, bei sich steigernder Dyspnoe sogleich die Tracheotomie zu machen.

Das Kind hatte Abends, den 23., und Morgens, den 24., an 40° Fieber; jedoch war die Dyspnoe durch fortgesetztes Umlegen von Eisbeuteln um den Hals nicht schlimmer geworden. Ehe die Tracheotomie gemacht werden sollte, wollte ich die Extractionsversuche in der Chloroformnarcose nochmals vornehmen, und leisteten mir die Herren Collegen Dr. Dreier und Dr. Hurm dabei ihre Hilfe.

Lage des Knochens im Larynx natürliche Grösse.



Spiegelbild.

Der eine Herr College nahm das in ein Laken gewickelte Kind vor sich auf den Schooss und chloroformirte es; der Andere hielt mit dem O'Dwyer'schen Mundsperrer den Mund offen und mit einer gefensterten Kornzange die Zunge heraus.

Nach dem Chloroformiren bot die entzündliche Schwellung der Larynxschleimhaut, das ohne Intoniren nicht sich vollziehende Heben der Epiglottis bedeutende Schwierigkeiten. Ich musste die Epiglottis mit dem zum Operiren bestimmten Instrumente erst heben, um den Larynx überblicken und in denselben gelangen zu können. Eine kräftige Schrötter'sche Pincette glitt mir 2 Mal von dem Fremdkörper ab und erst mit der noch stärkeren Störk'schen Zange gelang es mir beim dritten Griffe, den Knochen aus den Weichtheilen förmlich herauszuhebeln und in toto zu entfernen. — Die Länge des Knochens beträgt 12 Mmtr., seine Breite an der Basis 6, vorn 5 Mmtr., sein Durchm. an der Stelle des Spornes 11 Mmtr.

Digitized by Google

Die eine Kante der breiten Endseite war in die Incisura interarytaenoidea fest eingekeilt gewesen und ein vorn nach rechts befindlicher Sporn des Knochens musste sich fest in die rechte Morgagni'sche Tasche eingeklemmt haben. Dieser Sporn war deshalb auch nie sichtbar gewesen, sondern nur die glatte Längsfläche des Knochens. — Die Athmung besserte sich sofort, Abends war das Kind fieberfrei und nach einigen Tagen konnte es mit klarer Stimme entlassen werden.

So viel ich weiss, hat nur Prof. Jurasz bei einem so jungen Kinde, 22 Monate alt (Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 12, 1886), einen Hühnerknochen intralaryngeal entfernt.

Auch nach der Tracheotomie würde in meinem Falle die Entfernung des Knochens von unten her noch erhebliche Schwierigkeiten bereitet haben.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Eine Stimmgabel mit Luftantrieb. Demonstrirt am 19. September 1889 in der Abtheilung f. Physiologie der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Von Prof. Dr. J. Richard Ewald, Strassburg. (Tageblatt No. 8, S. 316.)

Die durch Verf. construirte Stimmgabel hat an ihrer oberen Zinke eine runde Platte, deren Durchmesser 5 Millimeter misst und an einem kurzen Drahtstück befestigt ist; unter der Platte befindet sich eine nach aufwärts gebogene Röhre, deren Lumen etwas grösser, als die Platte ist. Wird an der Platte gesaugt, dann wird dieselbe und mit ihr auch die betreffende Zinke angezogen, worauf die Stimmgabel in Schwingungen geräth. Das Saugen kann mittelst eines Bunsen'schen Aspirators geschehen. — An der anderen Zinke ist ein Platindraht angebracht, welcher einen Quecksilbercontact mit besonderer Spülvorrichtung zu öffnen und zu schliessen vermag. Um die Stimmgabel dauernd in Bewegung zu setzen, braucht man nur einen Wasserleitungshahn zu öffnen; wird nebstdem vor dem Schlauch, der die Stimmgabel mit dem Aspirator verbindet, seitlich ein zweiter Schlauch abgezweigt, an dessen Ende sich eine Marey'sche Trommel befindet, so schreibt diese die Schwingungen der Stimmgabel auf.

Szenes.

Ueber Striae acusticae und untere Schleife. Vorgetragen am 19. Septbr. 1889 in der Abtheilung f. Neurologie und Psychiatrie der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Von Dr. von Monakow, Zürich. (Tageblatt No. 8, S. 511—512.)

An Präparaten weist Verf. nach, dass der Striae-Antheil der unteren Schleife, übereinstimmend mit den früheren Befunden, als die secundäre Acusticusbahn aufgefasst werden muss; die Ursprungselemente dieser Bahn sind die langgestreckten Ganglienzellen im Tuberculum acusticum. Das Corpus trapezoides hat mit dieser Bahn nichts zu thun, es steht mit der unteren Schleife nicht in directer Continuität, und ist auch nach Verf.'s Anschauung die von Flechsig, Bechterew und Baginsky vertretene Ansicht eine gänzlich irrthümliche.

Szenes.

Digitized by Google

Ueber Amboscaries und Ambosextraction. Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Mittelohreiterung von Dr. Ludewig, Assistenzarzt an der Königl. Ohrenklinik zu Halle. (Hirschfeld's Verlag, Leipzig 1890. 22 S. mit 1 Tafel.)

Ludewig wünscht die Häufigkeit der Caries des Ambos und die Nothwendigkeit der Ambosextraction in gewissen Fällen von chronischer Mittelohreiterung nachzuweisen. Der Ambos ist sowohl für's Auge als auch für die Sonde nicht zugängig, seine Erkrankung ist also nicht zu erkennen, doch lehrte Ludewig die Erfahrung, dass nach einer Excision eines cariösen Hammers, während der Nachbehandlung, der cariöse Ambos oft durch die Spritze entleert wurde, weshalb er auch die Ambosextration methodisch jeder Excision des Hammers, der Caries des letzteren wegen, folgen liess, um so eher, da nach der Hammerextraction dem Ambos keine functionelle Bedeutung mehr zukommt.

Die Operation selbst wird in der Weise ausgeführt, dass zuvörderst der Hammer nach der von Schwartze angegebenen Methode extrahirt wird, hierauf wird der Raum oberhalb des Ambos mit einem hierzu construirten Instrumente passirt, um den Ambos dann durch eine Drehbewegung in das Gesichtsfeld dislociren zu können. Das Instrument stellt einen Haken dar, welcher vom Schafte rechtwinklig abbiegend in seiner Länge 5 Mm., in der Breite 2 Mm. misst; doch giebt Verfasser selbst zu, dass das neue Instrument ihn nicht in sämmtlichen Fällen befriedigte.

Nun theilt Ludewig 32 auf diese Weise operirte Fälle mit, von denen der Ambos allein 11 Mal, bei gleichzeitiger Caries des Hammers aber noch andere 16 Male cariös war.

Als üble Folgezustände des operativen Eingriffes werden Facialislähmung, ferner Kopfschmerzen, theils im Hinterhaupt, theils in der Stirn, Schwindelgefühl mit Nausea und Erbrechen erwähnt, die eventuell auftreten können und den Eingriff somit zu einem nicht ganz ungefährlichen machen.

Von den 32 operirten Fällen war 20 Mal die Eiterung zum Stillstande gebracht (5 Mal mit, 15 Mal ohne Neubildung des Trommelfells), ungeheilt resp. noch in Behandlung sind 11 Fälle geblieben, letal endete (unabhängig von dem operativen Eingriffe) nur ein Fall; auch die Resultate in Bezug auf die Hörverbesserung sind schwankend.

An der dem Aufsatze beigelegten Tafel befinden sich, nebst einem normalen, 15 extrahirte Ambosse abgebildet, ebenso auch ein Sägeschnitt durch die Paukenhöhle, der das Steigbügel-Ambosgelenk trifft.

(Ludewig's Aufsatz wird uns nun zu weiteren Versuchen aneifern und hoffentlich werden wir zukünftig auch einen Modus finden, wodurch wir im Stande sein werden, auch bei dieser Operation den unangenehmen Folgeübeln vorzubeugen und den Eingriff ohne jede Gefahr für den Patienten ausgeführt, wieder einen Fortschritt in der chirurgischen Behandlung des Ohres zu verzeichnen. Ref.) Szenes.

Ueber Verletzungen des Trommelfelles. Von Dr. Albert Bing, Privatdocent, Wien. (Internation. klin. Rundschau No. 18 und 19, 1890.)

Zwei Arten der Verletzungen unterscheidet Verf., und zwar eine Durchstossung (perfossio) und einen Riss (ruptura) des Trommelfelles.

Digitized by Google

Ansonst enthält der Aufsatz wenig Interessantes für den Specialisten, denn er will nur einen Abschnitt von Verf.'s Vorlesungen über Ohrenheilkunde zeigen. Szenes.

Ein höchst eigenthümlicher Fall von auch objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch. Von Dr. Wagner, St. Johann-Saarbrücken. (Allgemeine med. Central-Ztg. No. 36. 1890.)

Bei einem 27jähr. Bäckermeister bestand seit 1½ Jahren im linken Ohre ein unangenehm knackendes Geräusch, welches sich seit wenigen Wochen auch rechterseits, hier zwar in geringerem Maasse, einstellte. Schon in einer Entfernung von 20 Ctm. konnte Verf., in Intervallen von 5 Secunden, das scharf abgesetzte, knackende Geräusch vernehmen, welches der Kranke in, über und hinter dem Ohre localisirte; die Frequenz desselben konnte er durch Schlucken oder Pressen stets steigern. Bei der genauen Inspection des linken Ohres fand Verf. einen eigenthümlichen Lichtreflex, der, 2 Millimeter lang, linienartig vom unteren Hammergriffende, hinter dem normalen Lichtkegel, radiär ausstrahlte. Ebenso war beim Schlucken oder Pressen Seitens des Patienten jedes Mal deutlich zu sehen, wie, isochron mit dem Knacken, an Stelle des Reflexes ein feiner Spalt sichtbar wurde, um sich sofort wieder zu schliessen. Verf. glaubt, dass durch die Contraction der Pharynxmusculatur die Luft in der Paukenhöhle verdichtet wird, und wenn die Verdichtung einen bestimmten Grad erreicht, so ist sie im Stande, den elastischen Widerstand der beiden Schlitzränder zu überwinden, dieselben weichen auseinander und schliessen sich nach Spannungsausgleich der Luft mit jenem knackenden Geräusch. Da das Knacken auch ohne Thätigkeit der Rachenmusculatur gehört wird, so genügt eventuell schon der Druck des exspiratorischen Luftstromes, um die Schlitzränder zum Auseinanderweichen zu bringen.

Die Aetiologie des Trommelfelldefectes ist unbekannt.

Szenes.

Ueber Ohrenleiden bei Tabes dorsales. (Des troubles auditifs dans le tabes.) Von Dr. Chataignier. (Thèse de Paris und Revue de laryng. et d'otologie No. 19.)

Von verschiedener Intensität, sind sie das Resultat einer Hyperämie des Labyrinthes; letztere kann kommen von einem directen Reize des Acusticus, vom Centrum gegen die Peripherie ausgehend, oder vom Reize anderer Nerven, deren vasomotorischer Einfluss auf die Ohrengefässe bewiesen ist. Im ersten Falle ist die Taubheit vollständig, im zweiten nur partiell. Tabes dorsalis kann durch Ohrenleiden beginnen.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Periostitis des Oberkiefers in directem Zusammenhange mit Influenza. Von Dr. H. Möser in Hamburg. (Berliner klin. Wochenschrift No. 15, 1890.)

Verf. hatte Gelegenheit 2 Fälle von Periostitis des Oberkiefers zu beobachten, die 5 Tage nach Ausbruch der Influenza zur Entwickelung kamen. Im zweiten Falle, bei einem 25 Jahre alten Kaufmanne, war am vierten Tage der Erkrankung auch der rechte Warzenfortsatz

Digitized by Google

in Mitleidenschaft gezogen, indem die Haut über demselben anschwellte und die Schwellung sich nach oben bis zum oberen Rande des knöchernen Theiles des äusseren Gehörganges ausbreitete; am nächstfolgenden Tage strömte plötzlich viel dicker, rahmiger Eiter aus dem Ohre, der aus einer Oeffnung an der hinteren Wand des äusseren Gehörgangs zum Vorschein kam. Drei Tage später kam ein Frostanfall, worauf ein heftiges Hitzegefühl folgte; bald darauf war auch das Gehörvermögen so weit aufgehoben, dass Patient die Uhr selbst ad concham nicht hörte. Das Trommelfell war stark geröthet, leicht vorgewölbt und imperforirt. Der äussere Gehörgang wurde öfters ausgespült, die Tuba Eustachii mehrmals catheterisirt, worauf nach 3 Wochen das Gehörvermögen sich wieder ad normam restituirte. Verf. glaubt letzteren Fall als Periostitis processus mastoidei bezeichnen zu dürfen, welche im Zusammenhange der Periostitis des Oberkiefers aufgetreten, und nur später stellte sich die Mittelohrentzündung ein. Szenes.

Acute Retronasalaffection mit typhoiden Erscheinungen. Von Dr. Carl Laker, Privatdocent, Graz. (Wiener med. Presse No. 17 und 18, 1890.)

Auf Rembold's Klinik hatte Verfasser Gelegenheit, einen Fall von acuter Retronasalaffection zu beobachten, welcher mit solchen Erscheinungen (trockene Zunge, Diarrhoeen, Meteorismus, hohes Fieber etc.) einhergegangen war, die für die Annahme eines Typhus abdominalis sprachen, um so eher, als um dieselbe Zeit auch mehrere andere Typhusfälle zur Aufnahme gelangten. Jedoch bei der genauen Untersuchung des Nasenrachenraumes war an der hinteren Rachenwand eine Schwellung der Schleimhaut, an den freien Rändern des Arcus palatopharyngeus, an einzelnen Stellen der Tonsillen und an der hinteren Rachenwand zäher Schleim, von dem Retronasalraume aber zog nach abwärts ein mit Eiterkörperchen reichlich untermengter und graugrünlich gefärbter Schleim, welcher die ganze Kuppe der Rachenhöhle ausfüllte; an den Tubenwülsten und am Septum zu hingen zerklüftete Borken, die mit trockener Oberfläche versehen waren; auch die Choanen waren zum grössten Theile damit ausgefüllt, weshalb auch die zähen Schleimmassen nicht nach vorn befördert werden konnten. Mit Hilfe des Kessel'schen Hakens wurden die erkrankten Schleimhautpartien mit einer 1procentigen Kochsalzlösung abgespült, ein kleiner Theil der Borken wurde auch instrumentell entfernt, und durch fortgesetzte Ausspülungen mittelst genannten Instrumentes besserte sich allmählig der Zustand, der übrigens gleich nach der ersten Inangriffnahme in auffallender Weise sich gebessert hatte. Verf. glaubt, dass die Erkrankung eine schwere allgemeine Infectionserkrankung darstellte, deren Infectionserreger sich zuerst im Nasenrachenraume ansiedelten, unter den Borkenmassen sich vermehrend in die Lymphbahnen der Schleimhaut gelangten und von hier aus, wie bei einem septischen Processe, schwere Erscheinungen einer fieberhaften Erkrankung des Gesammtorganismus hervorriefen. Mehrere Stückchen der Secret- und Borkenmassen wurden von Fasching bacteriologisch untersucht, ebenso auch solche, die von einem zweiten Falle datirten, und wurde einerseits der Staphylococcus pyogenes aureus, andererseits aber ein Kapselbacillus gefunden.

Digitized by Google

5 Tage nach der ersten Ausspülung waren die ersten Symptome einer linksseitigen Paukenhöhlenentzündung aufgetreten, weshalb auch das hintere Segment des Trommelfelles gespalten und die aufgetretene Otorrhoe von der Tuba, wie auch vom äusseren Gehörgange aus lege artis behandelt wurde, und nach Sistirung derselben restituirte sich das Gehörvermögen, nach Anwendung der Luftdouche, ad normam. Schliesslich glaubt Verfasser, dass, wenn auch die vielverbreitete Angst, welche vor den Durchspülungen des Nasenrachenraumes wegen möglicher Affection des Mittelohres herrscht, nicht ganz unbegründet ist, eine energische Anwendung der Nasenrachendouche trotzdem, der Indicatio causalis wegen, dringend nöthig ist, weil dadurch die Entzündung der Mittelohrschleimhaut, gegen die den Gesammtsorganismus in so schwerer Form beeinträchtigende Affection, in den Hintergrund tritt, übrigens aber bei rechtzeitiger Beachtung des Gehörorganes nur ganz milde verlaufen wird.

Endlich glaubt Verf. auf Grund des beschriebenen Falles bei typhusähnlichen Fällen auch auf eine eventuelle Nasenrachenaffection immer denken zu können und somit soll bei der Untersuchung des Kranken auch der Nasenrachenraum nicht ganz ausser Acht gelassen werden.

Szenes.

---

b) Rhinologische:

Behandlung der wahren Ozaena. (Du traitement de l'ozène vrai.) Von Dr. E. Martin. (Thèse de Paris 1889 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 18.)

Nasendouchen und Einblasen von Pulvern sind blos Palliativmittel, man soll sie nur als Adjuvantien ansehen. Die richtige Behandlung besteht in der Galvanocaustik und namentlich in der Jodwatte; es werden Tampons von Watte eingeführt, welche vorher mit Jodtinctur imbibirt worden sind; man nimmt 1 zu 15 oder zu 12 oder zu 10, je nach der Empfindlichkeit der Patienten. Verf. hat schöne Resultate erzielt.

Dr. P. K.

Ueber käsige oder cholesteatomatöse Rhinitis. (Rhinite caséeuse ou cholestéatomateuse.) Von Dr. V. Cozzolino. (Congrès internat. d'otologie et de laryngologie, September 1889.)

Verf. hat drei Fälle oben genannter Krankheit beobachtet und will selbe als Krankheit für sich und nicht als zufällige Ansammlung von Secreten der verschiedensten Nasenkrankheiten angesehen wissen. Es ist eine specielle, den scrophulösen Individuen eigene, desquamative Rhinitis: Verstopftsein der Nasenhöhlen, unausstehlicher Gestank, periodischer Ausfluss aus der Nase und durch den Nasenrachenraum von gelatinösen Massen, welche sich von der Hauptmasse trennen.

Dr. P. K.

Lupus der Schneider'schen Membran. (Observation de lupus de la membrane pituitaire.) Von Dr. Wagnier. (Congrès international de laryngol. et d'otologie, September 1889.)

Verf. giebt die recht interessante Krankengeschichte eines primären Lupus der Nasenmucosa, welcher Lupus nicht zur Zeit erkannt wurde,

Digitized by Google

demnach einen Hautlupus um die Nase, Ganglienschwellung im Halse und Infiltration beider Lungenspitzen hervorbrachte. Der Hautlupus wurde schnell durch Auskratzen geheilt, der Lupus der Nasenschleimhaut gebessert, die Allgemeininfection nicht geheilt. Mit den ausgekratzten Knoten wurden Impfungen vorgenommen: Das Peritoneum eines Meerschweinchens wurde mit den microscopisch als Lupusmassen nachgewiesenen Massen geimpft; das Thier starb nach 5 Monaten; die Milz war um das Dreifache vergrössert; zeigte tuberculöse Knoten; Mesenterialdrüsen verkäst; Leber tuberculös durchsetzt, Lungen gesund, Ganglien der Bronchien und des Larynx vergrössert, auf beiden Seiten des Sternum eine angeschwollene Ganglienkette. Ein Stück der Milz wurde einem Kaninchen unter die Haut eingeführt; das Thier stirbt nach 2 Monaten an allgemeiner Tuberculose. Diese Versuche beweisen die tuberculöse Natur des Lupus; der Verlauf der Krankheit beweist, dass man das primäre Leiden nach allen Regeln der Chirurgie von Anfang an behandeln soll. Dr. P. K.

Ueber die Anwendung des Acidum trichlor-aceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Von H. A. Ehrmann, New-York. (Medicin. Monatsschrift, April 1890.)

Eine auf 140 Fälle gestützte Empfehlung der vorzüglichen Eigenschaften des Acidum trichlor-acet. als Causticum und Adstringens.
W. Fr.

Krankhafte Perforation des Septum narium. (Morbid Perforations of the Nasal Septum.) Von A. B. Thrasher, Cincinnati, O. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 22. März 1890.)

Unter den 15 in den letzten 2 Jahren vom Verfasser behandelten Patienten mit Perforation des Septum waren die meisten entschieden nicht syphilitisch. Locale Behandlung genügte, so dass Th. die Prognose für die Majorität solcher Fälle auch ohne Behandlung für günstig hält.
W. Fr.

Rhinolithe. (Rhinolithe.) Von Dr. Weeney. (The Lancet und Revue de laryngol. et d'otologie No. 20.)

Verf. zeigte in der medicinischen Academie Irlands einen 5 Gramm wiegenden Nasenstein, welchen er ohne Mühe aus der Nase einer Pat. entfernt hatte. Dr. P. K.

Ueber Nasenpapillome. (Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales.) Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngol. et d'otolog. No. 17.)

Im Ganzen sehr selten, viel seltener als Hopmann behauptet, welcher sie verwechselt zu haben scheint. Sie können unter allen Grössen vorkommen, sind meist grau oder hellroth, meist gestielt, derber als Schleimpolypen, leicht blutend; meist an der unteren Nasenmuschel und am Nasenboden, also an Stellen, wo gewöhnlich keine Schleimpolypen gefunden werden. Schleimpolypen scheinen mehr die Geruchszone (von oben bis zur mittleren Nasenmuschel), Papillome mehr die Respirationszone der Nase einzunehmen; die Verschiedenheit der Structur dieser zwei

Digitized by Google

Regionen ist jedenfalls hieran schuld; oft einseitig, seltener doppelseitig. Ursachen dunkel. Der anatomische Bau ist dem der Granulationen bei Wunden sehr ähnlich. Functionsstörungen sind dieselben, wie bei Schleimpolypen; sie entstehen noch viel langsamer; der Uebergang in maligne Tumoren ist nicht bewiesen. Nur durch Operation zu heilen. Die sehr langsame Entwickelung der Papillome, Schmerzhaftigkeit und leichtes Bluten nebst Entstellung und Drüsenschwellung, das Microscop endlich helfen bei der Differentialdiagnose zwischen Papillom und malignem Tumor. Recidive nach Operation sind selten, weil man der Wurzel besser beikommt, als im Larynx; die Prognose ist also günstig und nur in Ausnahmefällen (Verneuil) wuchern sie bis zu Stellen, welche dem Operateur auf natürlichem Wege unzugänglich sind. Verf. giebt zwei Beispiele nebst microscopischer Untersuchung und kommt zu folgenden, uns richtig scheinenden Schlüssen: Die Papillome der Nasenhöhlen sind viel seltener, als aus den von einigen Autoren gegebenen Beschreibungen hervorzugehen scheint. Die Autoren haben sich von Hopmann beeinflussen lassen, welcher viele Nasentumoren von papillärem Aussehen beobachtet hat, welch' letztere aber keine Papillome waren. Dieselben Verwechselungen sind von vielen Beobachtern wiederholt worden, indem sie Nasenpapillome beschrieben haben, welche anatomisch absolut von den eigentlichen Papillomen verschieden waren. Eine genau ausgeführte microscopische Untersuchung ist eine Conditio sine qua non zur richtigen Diagnose. Die Krankengeschichte der Papillome ist in den meisten Handbüchern also falsch. Dr. P. K.

Ein neuer Schlingenschnürer für Nasenrachenpolypen und polypoid degenerirte hintere Muschelenden. Von Dr. L. Réthi, Wien. (Wiener klin. Wochenschrift No. 4, 1890.)

Das Wesentliche des Instrumentes besteht darin, dass das vordere Ende nach der Seite hin umgelegt und der Schlinge die gewünschte Richtung gegeben werden kann. Mit dem nasalen Ende des Hauptleitungsrohres ist ein doppeltes Ansatzrohr mittelst eines Charniergelenkes verbunden. Szenes.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Pathogene Bacterien des Mundes. (Bactéries pathogènes de la bouche.) Von Dr. Miller. (Journal des connaissances méd. No. 44, 45 und 46, 1888 und Revue laryngol. No. 8, 1889.)

Verf. behauptet, dass die pathogenen Bacterien sich im Munde aufhalten und vervielfältigen können, ohne sonstige Symptome hervor zu rufen, so lange die Mucosa gesund ist; sobald letztere aber durch gewisse Krankheiten abgeschwächt ist, rufen sie üble Zufälle hervor (Scorbut, Septicämie). Fränkel, Pasteur, Raynaud, Lannelongue u. A. haben bewiesen, dass diese von Unreinlichkeit des Mundes herrührenden Bacterien durch Impfung beim Kaninchen tödtliche Sepsis hervorrufen können. Verf. hat mehr als 100 Arten dieser Mundbacterien gefunden wahrscheinlich aber können diese Arten bis in's Unendliche gehen, je nach den genossenen Speisen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Beitrag zur Lehre von der Pharynxmycosis. (Contribution à l'étude de la pharyngomycose.) Von Dr. Lober. (Bull. médical du Nord, Juni 1888 und Revue de laryngol. No. 8, 1889.)

Verf. sammelt alle bisher gemachten Beobachtungen und kommt zu dem Schlusse, dass die Krankheit parasitärer Natur ist und noch vielfache Untersuchungen zur Erleichterung der Frage angestellt werden müssen.

Dr. P. K.

Ueber die schwarze Zunge. (Sur la langue noire.) Von Dr. Lannois. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1888.)

Die erste classische Arbeit über die schwarze Zunge wurde von Maurice Raynaud 1869 in der Société médicale des hôpitaux vorgelesen. Féréol konnte den von Raynaud beschriebenen Pilz nicht nachweisen, und als in 2 späteren Fällen Raynaud ihn auch nicht mehr nachweisen konnte, nannte man die Krankheit ganz einfach Hypertrophia epithelialis piliformis. Von den folgenden Autoren sind die einen für, die anderen gegen das Vorhandensein von Sporen als Hauptagens der Krankheit. Verf. erwähnt besonders die letzten Arbeiten von Schech; auf drei Beobachtungen gestützt, nimmt er an, dass eine durch ein Allgemeinleiden bedingte locale Ernährungsstörung vorhanden sein muss, dass so der Boden vorbereitet ist, auf welchem sich ein Microorganismus festsetzt, welcher eine Papillenhypertrophie mit Bildung von braunschwarzem Pigment hervorbringt. Die Diagnose ist leicht. Die Behandlung besteht in Abschaben der Zunge und in Anwendung der Alcalien. Die Recidive tritt leicht ein

Dr. P. K.

Verfärbung der Mund- und Lippenschleimhaut bei Addison'scher Krankheit. (Lancet, 31. Mai 1890.)

In der Harveyan society zeigte Dr. St. Mackenzie einen solchen Fall bei einem 29jährigen Manne. Die äussere Haut war natürlich auch broncirt.

Dr. M. Schm.

Tuberculöses Zungengeschwür, Resection, Heilung. (Ulcère tuberculeux de la langue, résection, guérison.) Von Dr. Vincent Jackson. (Lancet, September und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Eine 37jährige Frau, beide Lungenspitzen krank, zeigt ein tuberculöses Geschwür an der Zungenspitze. Die Zungenspitze wird amputirt, die Wunde genäht und die Heilung geht rasch von Statten. Die Zungenschmerzen hörten auf. Das Microscop zeigte an dem entfernten Zungenstück Koch'sche Bacillen.

Dr. P. K.

Pharyngocele und Erweiterung des Pharynx; Pharynxdivertikel hinter dem Oesophagus verborgen; Pharyngotomie, Heilung. (Pharyngocèle et dilatation du pharynx, diverticule pharyngien situé derrière l'oesophage, pharyngotomie, guérison.) Von Dr. Wheeler. (Dublin Journ. of Medic. Scienc., November und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

Ein sich bei einem 57jähr. Manne langsam entwickelnder, je nach der Lage des Patienten grösser oder kleiner werdender Tumor; Patient hatte oft an Amygdalitis und Laryngitis gelitten. Jetzt bestanden La-

Digitized by Google

ryngitis und Lähmung des rechten Stimmbandes. Verf. nimmt an, dass sehr heftige Hustenstösse die Pharynxdilatation mit Bildung neuer Sphincteren bedingt haben; es war also eine wirkliche Pharynxhernie. Die in zwei Sitzungen ausgeführte Operation gelang bestens. Der Sack wurde ausgeschnitten und sogar die Stimmbandlähmung heilte.

Dr. P. K.

Weitere Untersuchungen über das Vorhandensein eines motorischen Rindencentrums für den menschlichen Larynx. (Further investigations as to the existence of a cortical motor center for the human larynx.) Von Bryson Delavan, New-York. (New-York med. Journ., 22. Juni 1889.)

Der eine von dem Verf. in Kopenhagen mitgetheilte Fall von vermuthlicher centraler Lähmung der Kehlkopfnerven ist seitdem gestorben. Die Section ergab eine Erweichung in den oberen drei Vierteln der Olive in der Medulla. Ein Befund, welcher ganz mit der Beobachtung von Eisenlohr (Arch. f. Psych. 1888, pag. 314) übereinstimmt. Gottstein ist ja auch derselben Ansicht, dass centrale Lähmungen bulbären Ursprungs seien. Die Untersuchungen von Krause und Horseley und Semon sind freilich einstweilen damit noch nicht zu vereinigen.

Dr. M. Schm.

Bericht zweier Fälle von Carcinom des Larynx. (Cancer of the Larynx. — Reports of Two Cases.) Von H. A. Johnson, Chicago, Ill. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 19. April 1890.)

Fall I: 55jähriger Mann, dessen Bruder an Sarcom gestorben war, klagt seit einem Jahre über Heiserkeit und in den letzten zwei Monaten über leichte Dyspnoë, fühlt sich sonst aber ausgezeichnet. J. findet einen Tumor im Larynx, der den grössten Theil der Stimmbänder bis zu ihrem hinteren Ende verdeckt. Keine Schluckbeschwerden. Eine antiluetische Behandlung wird wegen Nutzlosigkeit bald aufgegeben. Tracheotomie — Exitus letalis (letzterer vermuthlich einige Wochen nach der Tracheotomie. Ref.) Bei der Section fand man die hintere Larynxwand gänzlich frei und keine Metastasen (nur der Larynx durfte entfernt werden!).

Fall II: Von der hinteren Wand der Epiglottis eines 53jährigen Mannes zieht nach rechts und unten ein zerklüfteter Tumor, der bei der leisesten Berührung, selbst bei der Phonation stark blutet. Rechtes Stimmband und der grösste Theil des linken vom Tumor überdeckt. Lymphdrüsen ergriffen. Patient noch unter Behandlung. J. war in beiden Fällen gegen eine Operation.

W. Fr.

Tracheotomie bei Phthisikern. Indicationen und Contraindicationen. (La pratique de la trachéotomie chez les phtisiques; indications et contraindications.) Von Dr. Paul Koch. (Congrès international de laryngol. et d'otologie. Paris, September 1889)

Die ganze Fülle der pathologischen Veränderungen, welche das Bild der Larynxphthise darstellen, führt trotz ihrer Verschiedenheit doch zu einem Endresultat: der Glottisstenose. Diese Larynxdyspnoe ist leicht von jeder anderen, die Lungenphthise begleitenden Dyspnoe zu unterscheiden. Verf. giebt die Umstände an, welche die Operation erleichtern,

Digitized by Google

ihr eine gute oder schlechte Prognose stellen; im schlimmsten Falle schützt sie den Patienten vor dem Erstickungstode, und das genügt. Verf. giebt verschiedene von ihm behandelte Beispiele von Larynxphthise, auf welche sich seine Behauptungen stützen sollen: 1) eine schwangere Frau mit phthisischer Larynxstenose stirbt während des Geburtsaktes, weil die Operation verweigert wurde; 2) ein 23jähriger junger Mann ist dem Erstickungstode nahe wegen phthisischer Larynxstenose; man macht schnell die Tracheotomie; Patient erholt sich rasch und lebt noch 2½ Jahre in einem recht leidlichen Zustande; 3) ein 42jähriger Pastor, phthisisch, bekommt laryngeale Athemnoth; die Tracheotomie wurde gemacht und Patient lebt seit 20 Mon. recht fidel und thut seinen Dienst; 4) ein 56jähriger Eisenbahnbeamter hat eine Trachealstenose bei bestehender Lungenphthise; ein gutes Beispiel, zur Differentialdiagnose zwischen Larynx- und Trachealdyspnoe dienend; bei einem Erstickungsanfall wird die Tracheotomie ausgeführt; trotz Einführen einer langen, biegsamen Canüle bis zur Theilungsstelle der Trachea wurde die Dyspnoe nur wenig gehoben und Patient erlag; 5) eine schwangere Frau, phthisisch, bekommt Erstickungsanfälle wegen bestehender Larynxphthise; die Operation wird verweigert. Bettruhe und topische Behandlung brachten grosse Erleichterung. Pat. erliegt einem Erstickungsanfall während des Geburtsactes.

Verf. kommt zu folgenden Endschlüssen, welche er zur Discussion unterbreitet: 1) Wenn bei bestehender Larynxphthise die Larynxdyspnoe das Leben bedroht, soll man operiren. 2) Man soll die tiefe Tracheotomie ausführen, den Ringknorpel und den ersten Trachealring schonen. 3) Die Tracheotomie kann nur als symptomatische Behandlung betrachtet werden, ausgenommen in den Fällen, wo sie prophylactisch zur Entfernung tuberculöser Larynxtumoren ausgeführt wird. 4) Wird die Operation verweigert, so ordne man absolute Bettruhe an und behandle topisch. 5) Besteht die phthisische Larynxstenose bei einer schwangeren Frau, so operire man im neunten Monat der Schwangerschaft. 6) Die unter obigen Verhältnissen ausgeführte Operation verlängert manchmal das Leben um einige Jahre, sie schützt oft vor einem unerwarteten Erstickungstod und erleichtert immer die letzten Tage des Patienten. Dr. P. K.

Ueber die Speculirung der Luftröhre durch die Tracheal-Fistel nach ausgeführter Tracheotomie. Von Prof. Prenazek in Krakau. (Wien. med. Blätter No. 44, 45, 46, 1889.)

P. fand, dass die geraden Specula sich besser und leichter zur Tracheoscopie von der Trachealwunde aus eignen, als die bisher gebräuchlichen winkeligen.

Er verwendet hierzu den modificirten Zaufal'schen Ohrtrichter zur Besichtigung der hinteren und seitlichen Trachealwand, den auf 6 bis 7 Ctm. verkürzten Zaufal'schen Nasentrichter zur Besichtigung der unteren Larynxparthien und der Bifurcationsstelle der Trachea. Zu operativen Zwecken benutzt P. ein zweiblätteriges Speculum nach Art des Urethral-Speculums von Grünfeld. Die Untersuchung wird in sitzender oder liegender Stellung bei stark zurückgeneigtem Kopfe des Kranken mit Hilfe des Stirn-Reflectors bei gewöhnlichem Lampenlichte vorgenommen. Dr. Jelinek.

Digitized by Google

III. Inserate.

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Soeben erschien:

Dr. Gustav Killian,

Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie in Freiburg i. Br.

Die Untersuchung der hinteren Larynxwand.

Mit 40 Abbildungen im Text.

Preis: 2 Mark 40 Pf.

Tölz-Krankenheil, 2 Stunden von München. **Jodhaltige Quellen.**

Indicationen: **Frauen-Hautleiden, Scrophulose, Lues, Drüsenschwellungen.**
Brochuren und Auskunft von **Dr. Letzel,** Badearzt.

INHALT.

I. Originalien: Löwe: Die desinfectorische Gehörgangstamponade. — Rettig: Die „Tonbringer". (Schluss.) — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand. (Fortsetzung.) — Meyjes: Therapie bei Ozaena. — Jonquière: Dritter Beitrag zur Kenntniss der Aphonia spastica. — Schaeffer: Fremdkörper im Larynx. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Ewald: Eine Stimmgabel mit Luftantrieb. — von Monakow: Ueber Striae acusticae und untere Schleife. — Ludewig: Ueber Amboscaries und Ambosextraction. — Bing: Ueber Verletzungen des Trommelfelles. — Wagner: Ein höchst eigenthümlicher Fall von auch objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch. — Chataignier: Ueber Ohrenleiden bei Tabes dorsalis. — Möser: Zwei Fälle von Periostitis des Oberkiefers in directem Zusammenhange mit Influenza. — Laker: Acute Retronasalaffection mit typhoiden Erscheinungen. — b) Rhinologische: Martin: Behandlung der wahren Ozaena. — Cozzolino: Ueber käsige oder cholesteatomatöse Rhinitis. — Wagnier: Lupus der Schneider'schen Membran. — Ehrmann: Ueber die Anwendung des Acidum trichlor-aceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. — Thrasher: Krankhafte Perforation des Septum narium. — Weeney: Rhinolithe. — Lacoarret: Ueber Nasenpapillome. — Réthi: Ein neuer Schlingenschnürer für Nasenrachenpolypen und polypoid degenerirte hintere Muschelenden. — c) Pharyngo-laryngologische: Miller: Pathogene Bacterien des Mundes. — Lober: Beitrag zur Lehre von der Pharynxmycosis. — Lannois: Ueber die schwarze Zunge. — Mackenzie: Verfärbung der Mund- und Lippenschleimhaut bei Addison'scher Krankheit. — Jackson: Tuberculöses Zungengeschwür, Resection, Heilung. — Wheeler: Pharyngocele und Erweiterung des Pharynx; Pharynxdivertikel hinter dem Oesophagus verborgen; Pharyngotomie, Heilung. — Delavan: Weitere Untersuchungen über das Vorhandensein eines motorischen Rindencentrums für den menschlichen Larynx. — Johnson: Bericht zweier Fälle von Carcinom des Larynx. — Koch: Tracheotomie bei Phthisikern. Indicationen und Contraindicationen. — Prenazek: Ueber die Speculirung der Luftröhre durch die Tracheal-Fistel nach ausgeführter Tracheotomie. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sach's Erben) in Berin N. Expeditionsbureau: Oranienbugerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, Juli 1890.** **No. 7.**

I. Originalien.

Die desinfectorische Gehörgangstamponade.

Fortsetzung der vorläufigen Mittheilung
„Ueber eine neue Verbandmethode für das Ohr"
in No. 10 und 11 de 1888 dieser Monatsschrift.

Von

Dr. **Ludwig Löwe** in Berlin.

(Fortsetzung.)

Unter diesen Verhältnissen ist besonders ein Umstand auffällig. Das ist das constante Ausbleiben der definitiven Verheilung. Namentlich bei den stark secernirenden Fällen, die schon nach kurzer Zeit durch die einfache Tamponade um ein Bedeutendes gebessert sind, dann aber, auf einem minimalen Secretionsstadium angekommen, in der Besserung nicht weiter fortschreiten, drängt sich immer wieder die Frage auf: Weshalb sistirt eigentlich dieser Krankheitsprocess nicht vollständig? Warum bleibt immer noch etwas Ausfluss? Aus welchen Gründen verzögert sich die Verheilung, die doch anscheinend so nahe liegt?

Die Ursache dieser merkwürdigen Erscheinung liegt offenbar in minimalen, aber fortwährend wirkenden Reizen, die einerseits stark genug sind, die definitive Heilung des Processes zu hindern, andererseits aber ihrer geringen Intensität wegen eine Verschlimmerung herbeizuführen

Digitized by Google

nicht im Stande sind. Am besten lassen sich solche Reize, scheint mir, durch die Annahme erklären, dass sie in chemischen Dissociationen ganz kleiner Secretmengen, also mit anderen Worten in Secretstasen geringfügigster Art ihren Grund haben. Aber an welchem Punkte der Trommelhöhle stagnirt denn bei der Tamponaden-Methode beständig das Secret? Wo muss es denn fortwährend zu minimalen Zersetzungen kommen? Offenbar am Tampon selbst! Und zwar an der Saugfläche desselben! Denn hier haftet constant ein kleiner Schleimklumpen, der sich bei der im Cavum tympani gegebenen Temperatur und unter dem Einfluss der in der Mittelohrhöhle lebenden Microben in einem immerwährenden Zustand der Zersetzung, wenn auch minimalster Natur, befinden muss. Und da die Saugfläche des Tampons in directer Berührung mit der Trommelhöhlenschleimhaut steht (das innerste Wattebäuschchen wird der durch die Perforation hindurch sichtbaren Strecke der Mucosa unmittelbar aufgestopft), so müssen die durch die beregten Dissociationsprocesse gebildeten Ptomaine und Toxine einen beständigen Reiz auf die Auskleidung der Mittelohrhöhle ausüben und somit dauernd die definitive Verheilung hindern.

Zu diesem Resultate bin ich nun keineswegs auf dem hier soeben eingeschlagenen Wege der Reflexion gelangt. Vielmehr hat sich dasselbe als Endergebniss einer Reihe von Versuchen herausgestellt. Ich will kurz angeben, auf welche Weise es durch Exclusion sämmtlicher anderen Localitäten gelungen ist, festzustellen, dass nur an der Saugfläche des Tampons der Schauplatz der beregten Dissociationsvorgänge gelegen sein könne:

Es sind nur zwei Eventualitäten denkbar. Entweder gehen die Zersetzungsprocesse an frei in irgend einem Winkel der Trommelhöhle liegenden und dort stagnirenden Secretmassen vor sich. Oder aber, das an der Saugfläche des Tampons constant haftende Schleimklümpchen ist der Missethäter. Eine dritte Möglichkeit ist gar nicht gegeben. Mit anderen Worten: Es handelt sich um Entscheidung der Frage: Bleibt bei der einfachen Gehörgangstamponade noch freies, nicht am Tampon haftendes Secret im Cavum tympani zurück? Oder tritt — genügende Grösse der Perforation, technisch richtige Ausführung des Tampons und regelmässige, je nach der Absonderungsstärke in Intervallen von 12, 24, 48 resp. noch mehr Stunden schwankende Erneuerung des Verbandes vorausgesetzt — die gesammte Secretmenge an die Saugfläche?

Zur Entscheidung der so formulirten Frage waren alle diejenigen Fälle, bei denen das Trommelfellloch nur eine mässige Grösse hatte — ganz kleine Perforationen hatte ich von vornherein ausgeschlossen —, wenig geeignet. Denn es lässt sich denken, dass bei nicht sehr umfangreichen Durchlochungen ein in irgend einem Winkel des Cavum tympani verstecktes Schleimklümpchen sich der Untersuchung entzieht. Dagegen ist dies um so weniger leicht möglich, je grösser die Perforation ist. Deshalb wurden zuvörderst die Fälle mit mässig grosser Durchlöcherung ausgestossen. Aber auch unter dem Rest wurde noch einmal eine engere Wahl getroffen. Denn für die Lösung der Platzfrage sind offenbar alle diejenigen Fälle entbehrlich, die einen schleimig-eitrigen Character haben. Es heilten ja auch die rein schleimigen Fälle bei der einfachen Gehörgangstamponade nicht. Also muss auch bei ihnen die bewusste Secretstase stattfinden und es muss auch bei ihnen möglich sein, die Localitäts-

Digitized by Google

frage zu lösen. Da sie aber viel einfachere Verhältnisse als die schleimig-eitrigen Processe darbieten, so können letztere aus der Versuchsreihe fortgelassen werden. So blieb denn ein winziger Rest gänzlich uncomplicirter und die grösstmögliche Uebersichtlichkeit darbietender Fälle zurück.

Um nun bei diesem zur Beantwortung der in Rede stehenden Frage zu gelangen, diente theils die Spiegeluntersuchung, theils das von mir in dieser Monatsschrift de 1887, No. 1, empfohlene sogenannte forcirte Ausspritzen. Man hat vielfache Einwendungen gegen diese Methode erhoben. Ohne mich hier mit Widerlegung derselben aufhalten zu wollen — dies wird der Gegenstand einer besonderen Mittheilung sein —, glaube ich doch, ohne Widerspruch befürchten zu müssen, behaupten zu dürfen, dass für die Entscheidung der vorliegenden Frage keine zweckmässigere Maassregel als das forcirte Ausspritzen zur Verfügung steht. Denn der Wasserstrahl dringt hierbei mit einer Kraft von 0,7 — 0,8 Atmosphären Ueberdruck in's Ohr. Er muss also bis in die verstecktesten Winkel des Cavum tympani gelangen. Liegt irgendwo Secret, so muss sich dasselbe in dem das ricochettirende Spritzwasser auffangenden Becken wiederfinden. Nun zeigte sich in den hier zur Untersuchung genommenen Fällen, bei denen die Secretion, wie gesagt, auf ein Minimum herabgesunken war und die trotzdem nicht endgiltig verheilten, nie auch nur eine Spur Secret im Spritzwasser, wenn man den Tampon nach 1, 2, 3 und noch mehr Tagen entfernte und dann forcirt ausspritzte. Damit war bewiesen, dass sämmtliches Secret an den Tampon tritt, mithin die Ursache des constanten Ausbleibens der völligen Verheilung in den an der Saugfläche sich beständig vollziehenden Dissociationsvorgängen zu suchen sein muss.

Allerdings war dieser Beweis vorläufig nur für wenige und noch dazu besonders einfache Fälle erbracht. Es galt, ihn zu verallgemeinern. Zu diesem Zwecke wurde das Gros des Versuchspersonals den gleichen Ausspritzungen unterworfen. Das Resultat war im Grossen und Ganzen dasselbe. Nur sporadisch, unverhältnissmässig selten fanden sich Schleimfäden im Spritzwasser und auch dann stets in nicht nennenswerther Menge. Wir sind also berechtigt, den Satz aufzustellen, dass der Gehörgangstampon bei schleimigen resp. schleimig-eitrigen Trommelhöhlencatarrhen alles Secret an sich zieht. Aber — das muss im Auge behalten werden — nur unter folgenden 3 Voraussetzungen:

1) dass die Affection auf die eigentliche Trommelhöhle beschränkt und jede Complication ausgeschlossen ist;

2) dass die Perforation genügend gross ist. Denn ist das Loch im Trommelfell zu klein, so kann selbstverständlich die Saugwirkung des Tampons nicht zur Geltung kommen;

3) dass der Tampon technisch richtig angefertigt ist und in angemessenen Zwischenräumen erneuert wird.

* * *

Digitized by Google

Fassen wir unsere bisherigen Resultate noch einmal kurz zusammen: Es hat sich herausgestellt, dass

1) die einfache Gehörgangstamponade, wie sie in der ersten Mittheilung in No. 10/11 de 1888 beschrieben wurde, zwar im Stande ist, in den meisten Fällen die Secretion feuchter chronischer Trommelhöhlencatarrhe auf ein Minimum herabzusetzen, dass sie dieselbe aber nicht vollständig zum Verschwinden zu bringen vermag;

2) dass das constante Ausbleiben der völligen Verheilung seinen Grund hat in minimalen, aber fortwährend sich vollziehenden Zersetzungsprocessen;

3) dass die Localität, in der letztere vor sich gehen, der Schleimklumpen an der Saugfläche des Tampons ist.

Mit der Feststellung dieser 3 Thatsachen war der Zweck, dessenwegen die Versuchsreihe unternommen war, erreicht. Für das fernere Vorgehen hatte sich eine feste Directive ergeben, indem nunmehr Alles darauf ankam, die schädliche Wirkung der in Rede stehenden Zersetzungsvorgänge zu paralysiren. Gelang dies, so musste damit eine, wenn auch nicht für alle, so doch für einen grossen Theil der schleimigen resp. schleimig-eitrigen Trommelhöhlencatarrhe passende Modification der Gehörgangstamponade gewonnen sein.

Wie kann man dies Ziel zu erreichen hoffen? Von welchen Maassnahmen lässt sich die Hemmung der Zersetzungsvorgänge am Schleimklumpen erwarten? Offenbar nur dadurch, dass ein Desinfectionsmittel an Ort und Stelle gebracht wird. Dasselbe muss zwischen Saugfläche des Tampons und Trommelhöhlenschleimhaut deponirt werden. Denn hier liegt ja derjenige Theil des Schleimklumpens, den es zu desinficiren gilt. (siehe oben pag. 164). Das Desinfectionsmittel muss ferner so beschaffen sein, dass es einerseits die Saugwirkung des Tampons nicht beeinträchtigt, während es andererseits die Mittelohrschleimhaut nicht reizen darf.

Durch die letztgenannte Bedingung ist nun schon, scheint mir, das Antisepticum, dessen man sich zu bedienen hat, von vornherein vorgeschrieben. Die Otiatrie verfügt ja bis jetzt leider nur über ein einziges Desinficiens, das die Eigenschaft besitzt, in Substanz an Ort und Stelle beliebig lange Zeit deponirt werden zu können, ohne die Mittelohrmucosa übermässig zu reizen: das ist die Borsäure, durch deren Einführung in die Ohrenheilkunde sich Bezold, wie allgemein anerkannt ist, ein grosses Verdienst erworben hat.

Wenn wir uns daher derselben bei den ferneren Versuchen zu bedienen hatten, so konnte doch selbstverständlich davon keine Rede sein, sie in der ursprünglich von Bezold angegebenen Art und Weise anzuwenden. Ein dicker Klumpen Borsäurepulver zwischen Trommelhöhlenschleimhaut und Saugfläche vernichtet ja den Hauptvorzug des Verfahrens, nämlich die Fähigkeit des Tampons, das Secret an sich zu saugen. Das muss also anders gemacht werden. Und da bleibt gar kein anderer Weg übrig, es geht gar nicht anders, als dass man an Stelle des dicken Klumpens einen dünnen, schleierartigen Belag an Ort und Stelle bringt. Damit derselbe aber nicht quantitativ gar zu winzig ausfällt, muss man ihm zum Ersatz für den Mangel der Dickendimension die grösstmöglichste Ausdehnung der Fläche nach zu geben versuchen, d. h. man muss die Bestäubung nicht auf den dem Trommelfellloch correspondirenden Bezirk

Digitized by Google

der Mittelohrmucosa beschränken, sondern die Schleimhaut der Trommelhöhle, soweit sie durch die Perforation irgend erreichbar ist, mit einer dünnen Borsäuredecke belegen und darauf dann unmittelbar das innerste Wattebäuschchen des Tampons folgen lassen. Die Wirkung dieser Maassregeln muss folgende sein: Die Borsäure wird überall da, wo sie hingelangt, einen minimalen Reiz auf die Trommelhöhlenschleimhaut ausüben und diese zur Absonderung einer geringen Menge von Serum veranlassen. Denn das Acidum boricum ist keineswegs ganz indifferent. Es wirkt vielmehr wie das Alumen acetico-tartaricum secretionserregend; nur in viel schwächerem Maasse. Die wässerigen Bestandtheile der jeweils vorhandenen Secretion werden also nach Borsäurepulverung in Etwas zunehmen, während die schleimigen und eitrigen unverändert bleiben werden. In Folge dessen muss sich der Borsäureschleier in dem von der erkrankten Mucosa abgesonderten dünnflüssigeren Secret sofort lösen. Und nun wird dieses mit sammt dem in ihm gelösten Acidum boricum an den Tampon treten. An diesem werden sich die oben (pag. 164) beschriebenen Trennungsvorgänge vollziehen. Das Serum wird im Tampon nach aussen gegen die Ohrmuschel aufsteigen und dort allmählig verdunsten. An der Saugfläche wird etwas Schleim (resp. Schleim und Eiter), mit einer geringen Menge Borsäure versetzt, zurückbleiben. Das Gemisch wird zwar nicht absolut aseptisch sein. Denn dazu wäre ja ein bestimmtes, auf diese Weise gar nicht herstellbares, procentualisches Verhältniss zwischen Antisepticum und Schleim nothwendig. Aber soviel wird die innige Vermengung beider doch bewirken, dass der Schleimklumpen weniger leicht zersetzlich, die von ihm ausgehende Reizwirkung also weniger intensiv sein wird. Da wir nur letztere als den Grund der constanten Nichtverheilung kennen gelernt haben, so wird Aussicht vorhanden sein, in Folge der Milderung der Schädlichkeiten wenn auch nicht alle, so doch einen Theil der bis dahin beständig secernirenden Fälle der vollständigen Verheilung entgegengeführt zu sehen.

So war mein Gedankengang. Auf Grund desselben verfuhr ich nun folgendermaassen:

Alle diejenigen Fälle, die bis dahin der einfachen Tamponade getrotzt hatten, wurden, bevor sie tamponirt wurden, mit einer dünnen Borsäuredecke im Innern des Cavum tympani belegt. Zum Unterschiede von der einfachen, in No. 10 und 11 de 1888 dieser Monatsschrift beschriebenen Gehörgangstamponade nenne ich diese Modification des Verfahrens die „desinfectorische Gehörgangstamponade".

Die Ergebnisse des neuen Verfahrens waren in hohem Maasse befriedigend. Mindestens die Hälfte der Trommelhöhlencatarrhe, die bis dahin der einfachen Gehörgangstamponade getrotzt hatten, heilte nunmehr in wenigen Tagen. Manche sogar schon in 24 Stunden. Die Plötzlichkeit, mit der sofort nach Einschaltung der Borsäurepulverung in die Tamponaden-Therapie der Erfolg in einer überraschend grossen Zahl von Fällen **(selbstverständlich nicht in allen)** eintrat, hatte sogar in der ersten Zeit für mich persönlich gewisse Unannehmlichkeiten im Gefolge. Insofern, als mir das bis dahin reichlich bemessene Versuchspersonal einzugehen drohte. Es kamen eben nicht genügend neue Patienten hinzu, um den plötzlichen Abgang geheilter zu decken.

Das Verfahren führt indess selbstverständlich nicht in allen Fällen

Digitized by Google

zum Ziel. Immer bleibt noch ein nicht unbedeutender Procentsatz Ungeheilter zurück. Namentlich scheinen Trommelhöhlen mit macroscopisch sichtbaren Erosionen dem Verfahren Widerstand zu leisten. Indessen habe ich auch einige solche Patienten, ja sogar Fälle mit evidenter Caries des Hammergriffs (der „wie ein verrosteter eiserner Nagel [Politzer] in die Perforation hineinragte") durch die desinfectorische Gehörgangstamponade in wenigen Sitzungen zur völligen Verheilung gebracht. Andererseits blieben einige Fälle ungeheilt, welche äusserlich durchaus nicht auf Complicationen schliessen liessen und sich gar nicht von denjenigen unterschieden, die durch die desinfectorische Gehörgangstamponade glatt zu verheilen pflegen.

Zu dieser Categorie der durch die desinfectorische Tamponade heilbaren Otitides mediae gehören alle rein schleimigen Fälle mit glashellem, vollkommen durchsichtigem Secret. Dann aber auch ein grosser Theil der schleimig-eitrigen. Processe, bei denen Complicationen von Seiten der Attika oder des Processus mastoideus vorliegen oder bei denen das Secret andauernd übel riecht, heilen selbstverständlich bei der desinfectorischen Tamponade nicht. (Schluss folgt.)

Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle.

Von

Dr. **G. Schütz** in Mannheim*).

Unter den Ursachen des Empyems der Highmorshöhle findet sich in den Lehrbüchern Verletzung des Kiefers durch ungeschickte Zahnextraction verzeichnet. Da, soviel mir bekannt, genauere darauf bezügliche Beobachtungen nicht veröffentlicht sind, so dürfte die ausführlichere Mittheilung eines derartigen Falles, wobei übrigens die Extraction von kundiger Hand und in kunstgerechter Weise vorgenommen wurde, gerechtfertigt sein.

Anfang Juni vorigen Jahres consultirte mich ein 21 Jahre alter, sonst gesunder Handlungsgehilfe wegen eines eitrigen, eigenthümlich käseartig riechenden und schmeckenden Abgangs aus Mund und linkem Nasenloch. Er gab an, 2 Monate vorher sei er beim Zahnarzt gewesen, um sich einen angesteckten, schmerzhaften Backenzahn des linken Unterkiefers ausziehen zu lassen. Der Arzt machte ihn bei der Gelegenheit darauf aufmerksam, dass auch der 1. Molar des linken Oberkiefers cariös sei, und rieth ihm auch für diesen, obwohl er keine Schmerzen machte, zur Extraction, da von solchen kranken Zähnen des Oberkiefers aus sich häufig ein Empyem der Kieferhöhle entwickle. Er glaubte sich zu diesem Rath um so mehr berechtigt, als ihm genannte Erkrankung dadurch näher bekannt war, dass er mir bei der Anbohrung der empyemkranken Highmorshöhle des Oefteren mittelst seiner amerikanischen Bohrmaschine assistirt hatte.

---

*) Aus einem Vortrag, gehalten im Mannheimer Aerzteverein am 16. December 1889.

Digitized by Google

Die Extraction wurde sofort vollzogen und ging leicht von Statten; an der Zahnwurzel hing ein Eitersäckchen. Wenige Stunden darauf stellte sich eine bedeutende, sehr schmerzhafte Anschwellung der linken Wange ein, die etwa eine Woche lang anhielt. Gegen Ende dieser Woche trat linksseitiger Supraorbitalschmerz auf, der ebenfalls nach 8—10 Tagen verschwand, um nicht wiederzukehren. Vierzehn Tage nach der Zahnextraction begann eine fötide Eiterung aus dem linken Nasenloch und dem Munde, die den Patienten nach sechswöchentlichem Bestehen veranlasste, meine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Soweit die Angaben des Kranken.

Die Untersuchung ergab nun Folgendes. Die vordern Enden der mittlern und untern linken Nasenmuschel mässig geschwellt, im mittleren Nasengang flüssiger Eiter, ebenso am Rachendach. Der 1. Molar des linken Oberkiefers fehlt; am äussern Umfang seiner Alveole eine Fistelöffnung, aus der ein wenig Eiter abfliesst. Ein etwa 4 Mmtr. dickes Drainrohr kann durch den kurzen Fistelgang in die Kieferhöhle eingeschoben werden; bei der alsbald vorgenommenen Durchspülung derselben entleerten sich 2—3 Kaffeelöffel voll flüssigen, stinkenden Eiters aus dem linken Nasenloch, womit das Vorhandensein eines Empyems der linken Kieferhöhle ausser Zweifel gestellt war. Es wurden nun regelmässige Durchspülungen mit Borwasser gemacht; die Heilung der Eiterung erfolgte in 6 Wochen, die Vernarbung der Fistelöffnung war etwa 3 Wochen später beendigt.

Dieser Fall scheint mir in mehrfacher Beziehung von Wichtigkeit. Zunächst wird es sich darum handeln, die feineren Vorgänge bei dem Zustandekommen der Kieferhöhleneiterung als Folge der Zahextraction festzustellen. Ich setze dabei die Richtigkeit der oben angegebenen Zeitfolge beider voraus, gestützt auf die mit aller Bestimmtheit gemachten Aussagen des Patienten, welche es mir als ausgeschlossen erscheinen lassen, dass die Eiterung schon vor der Extraction bestanden habe, ohne von ihm bemerkt worden zu sein.

Gewiss liegt die Annahme nahe, an der Alveole des kranken Zahnes habe die knöcherne Kuppel gefehlt, was ja nicht so selten vorkommt, und in Folge dessen sei durch die Extraction der seine Wurzel bedeckende Theil der Auskleidungsmembran der Highmorshöhle eingerissen und damit letztere selbst eröffnet und dem Eindringen von Eiter- und Fäulnissbacterien aus der Mundhöhle preisgegeben worden; dadurch sei eine Infection der Kieferhöhlenschleimhaut von ihrer Oberfläche aus zu Stande gekommen, was einen foetiden eitrigen Catarrh derselben zur weiteren Folge gehabt habe.

Diese Auffassung ohne Weiteres als richtig anzunehmen, möchte aber doch seine Bedenken haben; denn die dabei vorausgesetzte Empfänglichkeit der Schleimhäute für Infection scheint mir doch nicht so gross zu sein, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist. Da ich es hier nur mit Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu thun habe, will ich, das Verhalten der übrigen Schleimhäute bei Seite lassend, darauf hinweisen, dass die purulenten Erkrankungen der Nasenschleimhaut keine häufigen sind (von der Ozaena, die wir als eine Erkrankung sui generis anzusehen haben und deren Wesen uns immer noch unbekannt ist, sehe ich hier ab), während doch die Gelegenheit zur Infection mittelst Verbringung von

Digitized by Google

Eiter- oder Trippercoccen auf jene Schleimhaut durch Schneuzen mit verunreinigten Taschentüchern oder durch das von so vielen Menschen geübte Bohren mit den Fingern in der Nase gewiss keine seltene ist. Einen weiteren Beweis für einen hohen Grad der Immunität der Nasenschleimhaut gegen Eiterinfection haben wir häufig Gelegenheit, gerade bei vorhandenem Empyem der Kieferhöhle zu beobachten. Unzweifelhaft kommen bei dieser Erkrankung complicirende Eiterungen der angrenzenden Schleimhäute vor; es ist dies aber doch nur bei einer Minderzahl der Fall, und selbst nach jahrelangem Bestand bleibt die Eiterung in den meisten Fällen auf die Highmorshöhle beschränkt. Wir sehen dabei allerdings diejenigen Theile der Nasenschleimhaut, welche in beständigem Contact mit dem aus dem Antrum in die Nasenhöhle abfliessenden Eiter sind, in den Zustand der Hypertrophie gerathen bis zur Bildung von polypoiden Verdickungen — es sind dies der vordere Abschnitt der mittleren Muschel und des mittleren Nasenganges —, die etwas entfernter gelegenen Theile aber, so die untere Muschel und die hintere Hälfte der Nase oder vollends die andere Nasenhöhle, bieten meistens ein normales Aussehen dar. Würden die erwähnten Veränderungen der mittleren Muschel etc. auf einem purulenten Catarrh beruhen, so wäre unerklärlich, dass sie auf diesen kleinen Abschnitt der Nasenhöhle beschränkt bleiben und sich nicht auf deren gesammte Schleimhaut ausdehnen. Es spricht deshalb die grösste Wahrscheinlichkeit dafür, dass es sich hierbei um einen einfachen hypertrophischen und nicht um einen purulenten Catarrh handelt. Dann kommt es bei längerem Bestand des Empyems auch vor, dass vorübergehend sich eine Schleimhautschwellung mit gleichzeitiger Vermehrung der Eiterabsonderung über die ganze Nase ausdehnt. Ob aber in solchen Fällen, die wir vornehmlich unter Einwirkung von äusseren Schädlichkeiten, Erkältungen etc. eintreten sehen, es sich in der That jedesmal um eine diffuse purulente Rhinitis handelt, oder ob nicht häufig ebenfalls nur eine einfache catarrhalische Schleimhauterkrankung vorliegt, die reichlichere Eiterabsonderung somit Folge einer vermehrten Secretion der Highmorshöhle ist, das scheint mir sehr schwierig festzustellen. Für letztere Annahme fällt der Umstand in's Gewicht, dass nach Anbohrung und Durchspülung einer empyemkranken Kieferhöhle oft schon nach wenigen Tagen in der Zeit zwischen den einzelnen Durchspülungen (vorausgesetzt, dass sie häufig genug gemacht werden, um eine vollständige Anfüllung der Höhle und ein spontanes Ablaufen des Eiters von da in die Nase zu verhindern), die Naseneiterung sistirt, selbst dann, wenn bis zur Heilung des eigentlichen Empyems noch Wochen und Monate vergehen. Solche Fälle, in denen also von dem Augenblick an, wo kein Eiter mehr spontan aus der Highmorshöhle in die Nase abfliesst, auch der Eiterabgaug aus der Nase aufhört, scheinen mir nur den einen Schluss zuzulassen, dass die eigentliche Nasenschleimhaut, deren Blennorrhöen bekanntermaassen durch Spülungen wenig oder gar nicht beeinflusst werden, an der Eiterproduction sich nicht betheiligte, eine purulente Rhinitis also nicht vorhanden war.

Beachtenswerth erscheint ferner die Widerstandsfähigkeit, welche auch die Tuben und das Mittelohr dem Empyemeiter gegenüber zeigen. Dass eitrige Entzündungen derselben als Folge von Kieferhöhlenempyem vorkommen, soll nicht in Abrede gestellt werden; doch der häufigere

Digitized by Google

Fall ist, dass diese Erkrankung ohne solche Complicationen verläuft, trotzdem dass die Tubenmündungen häufig genug mit dem Empyemeiter in Berührung hommen. Es sind mir sogar zwei Fälle bekannt, wo wegen gleichzeitig vorhandenen trocknen Catarrhs des Mittelohrs die Luftdouche angewandt wurde und es doch zu keiner eitrigen Entzündung desselben kam.

Anhaltspuncte dafür, dass die Schleimhaut der Highmorshöhle für Eiterinfection empfänglicher sei, als diejenige der Nasenhöhle, haben wir nicht; wir dürfen deshalb wohl annehmen, dass sie als Bestandtheil der Nasenschleimhaut den gleichen Grad der Immunität besitzt. Einen Fall, der mir diese Annahme zu bestätigen scheint, hatte ich erst vor wenigen Wochen zu beobachten Gelegenheit. Seiner principiellen Wichtigkeit wegen möchte ich ihn hier ausführlicher mittheilen.

Es handelte sich um eine 32 Jahre alte Frau, welche ich vor 3 Jahren an einer beginnenden tuberculösen Infiltration der rechten Lungenspitze und der Larynxhinterwand bei gleichzeitig vorhandener geringgradiger Atrophie der Nasenschleimhaut und Caries beinahe sämmtlicher Zähne behandelt hatte. Als sie sich mir jetzt wieder vorstellte, erzählte sie mir, sie habe sich s. Z. in Befolgung meines Rathes einen grossen Theil ihrer Zähne ausziehen lassen, zuletzt (vor 2 Jahren) den Weisheitszahn des linken Oberkiefers. Aufgefallen sei ihr, dass die von letzterem Zahn herrührende Lücke sich nicht habe schliessen wollen, vielmehr nach und nach immer grösser geworden sei, so dass sie seit nahezu einem Jahr im Stande sei, die Spitze des kleinen Fingers einzuführen. Sie habe seit einigen Monaten wieder mit Ausspülungen der Nase, die ich ihr angerathen, angefangen und vor einigen Wochen sei ihr der Gedanke gekommen, von jener Lücke im Oberkiefer aus Durchspülungen zu machen. Es laufe dabei das Wasser aus dem linken Nasenloch vollständig rein, ohne jegliche Eiterbeimengung ab. Noch niemals sei ferner Eiter aus der Nase oder aus genannter Lücke spontan zum Vorschein gekommen, dagegen könne sie solchen von Zeit zu Zeit mit dem Finger aus der Anschwellung, welche sich in der Umgebung jener Oeffnung befinde, ausdrücken.

Ausserdem habe sie im Laufe der letzten 3 Jahre mehrfach an Vereiterungen von Drüsen unterhalb des linken Unterkiefers gelitten, zu denen sich während des letzten Winters quälender Husten und Halsbeschwerden gesellten; erst seit einigen Wochen seien ihre Kräfte wieder besser geworden, so dass sie den grösseren Theil des Tages ausser Bett zubringen könne.

Die Untersuchung ergab bei noch vorhandenem Fieber ein verhältnissmässig geringes Weiterschreiten des tuberculösen Processes in Larynx und Lunge, ferner am linken Oberkiefer an Stelle des Weisheitszahnes einen Defect, in den ich die Kuppe des kleinen Fingers bequem einführen und von dem aus ich theils direct, theils mit Hilfe eines Rachenspiegels Theile der normal aussehenden Kieferhöhlenschleimhaut besichtigen konnte. Am Umfang des Loches leicht blutende Granulationen, deren Aussehen einen tuberculösen Ursprung wahrscheinlich machte. Bei stärkerem Fingerdruck kam an ihrer Oberfläche etwas Eiter zum Vorschein; rauher Knochen nirgends zu finden. Die Nasenschleimhaut

Digitized by Google

mässig atrophirt, an keiner Stelle, auch im linken mittleren Nasengang nicht, Eiter.

Auf welche Weise in diesem Fall die Eröffnung der Highmorshöhle zu Stande kam, lässt sich mit voller Bestimmtheit nicht feststellen, doch spricht mit Rücksicht darauf, dass erfahrungsgemäss die Wurzeln des letzten Molar die Highmorshöhle nicht erreichen, die betreffende Zahnextraction ausserdem von Anschwellung und Schmerzen nicht gefolgt war, die grösste Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Defect durch ein tuberculöses Ulcus, welches von der Alveole des extrahirten Weisheitszahnes seinen Ausgang nahm, entstanden ist.

Man wird zugeben müssen, dass günstigere Verhältnisse für eine purulente Infection des Antrum max. als in diesem Fall kaum möglich sind. Zunächst eine grosse Communicationsöffnung zwischen Kiefer- und Mundhöhle, welche den Fäulniss- und Eiterbacterien der noch vorhandenen cariösen Zähne ungehinderten Zugang zum Antrum gestatten; dann in nächster Nähe des Defects Eiter secernirende Granulationen, deren Coccen gleichfalls der Weg zu genannter Höhle offen steht; endlich eine durch die Invasion der Tuberculose hochgradig geschwächte Constitution. Und das Alles während der Dauer eines Jahres! Wenn trotzdem die Kieferhöhlenschleimhaut gesund blieb, so erscheint die oben ausgesprochene Annahme einer geringen Empfänglichkeit derselben für Eiterinfection nicht nur für diesen Fall, sondern auch im Allgemeinen gewiss gerechtfertigt.

Es möchte deshalb, wenn wir die Entstehungsweise des oben mitgetheilten Falles von Kieferhöhlenempyem uns klar machen wollen, mit einem gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit anzunehmen sein, dass die Schleimhaut der Highmorshöhle hierbei nicht von ihrer Oberfläche, sondern von den Wundrändern des Defects aus inficirt wurde, der durch die Zahnextraction an ihr verursacht worden war; mit andern Worten, dass es sich um den gleichen Ansteckungsmodus handelte, wie bei der traumatischen purulenten Rhinitis, bei welcher wir ein Eindringen von Eitermicroorganismen in die Schleimhautwunde voraussetzen (Bresgen). Als Träger der Infection hätten wir dann in unserem Fall die von der vorausgegangenen Wurzelperiostitis in der Alveole des extrahirten Zahnes noch vorhandenen Eiterbacterien und wohl auch die fötiden Stoffe der Mundhöhle anzusehen, welch' beiden nach der Extraction in Folge der bedeutenden Weite des von der Alveole zur Kieferhöhle führenden Fistelganges der Schleimhautdefect derselben leicht zugänglich war.

Immerhin dürfte es dem Stand unseres heutigen Wissens entsprechen, einen ganz bestimmten Ausspruch in dieser Richtung vorerst nicht zu thun, da wir denn doch die Möglichkeit einer Oberflächeninfection der Schleimhaut nicht vollständig ausschliessen und da auch noch andere uns unbekannte Factoren dabei mitgewirkt haben können.

Diese Zurückhaltung erscheint um so gerechtfertigter, als unsere Kenntnisse über die Pathogenese und pathol. Anatomie des Empyems der Highmorshöhle trotz der zahlreichen Veröffentlichungen der letzten Jahre noch immer lückenhaft sind. Da ich mich mit dieser Auffassung mit einem Theil der Rhinologen, welche die Resultate der von Zucker-

Digitized by Google

kandl mitgetheilten pathol.-anatomischen Untersuchungen ohne Weiteres für alle Kieferempyeme als zutreffend ansehen, in Widerspruch setze, so scheint mir bei der Wichtigkeit der Erkrankung eine ausführlichere Begründung nicht überflüssig, die vielleicht dazu beitragen möchte, solche Collegen, denen das entsprechende Material zu Gebote steht, zu anatomischen Untersuchungen anzuregen.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber den Nachweis der Naseneiterung im Allgemeinen. Bemerkungen über die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit.

Von **C. Ziem.**

Es ist in manchem Falle nicht leicht zu entscheiden, ob eine Naseneiterung vorliegt oder nicht. Die Abwesenheit einer solchen kann jedenfalls nicht dadurch allein dargethan werden, dass man nur mittelst des Spiegels eine Untersuchung der Nase vornimmt. Bei vorderer sowohl als hinterer Rhinoscopie kann jedweder Eiterbelag auf der Nasenschleimhaut zu fehlen scheinen und doch findet sich eitriger Schleim oder richtiger Eiter vor, wenn man nun eine Durchspülung der Nase folgen lässt[1]). Letzteres allerdings nicht mittelst des etwas harmlosen Irrigators, als vielmehr unter stärkerem Drucke, wie besonders mittelst der Mayerschen Druckpumpe, an welche zum Einschieben in die Nase geeignete, annähernd cylindrisch gestaltete, 3 — 4 Mm. dicke und etwa 5 Ctm. lange Ansatzstücke angeschraubt werden[2]). Wenn ein Grund für eine Anschwellung der Nasenschleimhaut nicht gleich bei der ersten Spiegeluntersuchung aufzufinden ist, so darf man darum noch nicht erklären, dass ein eitriger Catarrh nicht vorliege. Auch mit Hilfe der besten Beleuchtung, des Sonnenlichtes, kann man nicht in alle Winkel und Spalten der Nase hineinsehen, während der Strahl einer kräftigen Pumpe Alles, was auf der Schleimhaut aufgelagert ist, aus der Nase herausbefördern wird oder muss. Die Untersuchung der Nase nur mittelst der Speculirungsmethoden ist allerdings oft genug hinreichend, das Vorhandensein einer Naseneiterung nachzuweisen, oft aber durchaus unzulänglich, das Vorhandensein einer solchen auszuschliessen, während andererseits schon die Ausspülung der Nase allein die Anwesenheit einer Eiterung in vielen Fällen nachweist und besonders auch

---

[1]) Man vergl. auch den kürzlich in meiner Arbeit über intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden, d. Monatsschrift 1889, No. 8, geschilderten Fall.

[2]) Derartige Ansatzstücke benutze ich seit 4 oder 5 Jahren zum Ausspülen des Ohres (diese Monatsschrift 1887, No. 5) und der Nase, längere, bis 10 Ctm. lange, zum Ausspülen des Nasenrachenraumes. Natürlich kann man das Vorderende derselben auch in eine Brause endigen lassen, wie bei der Schlundröhre v. Tröltsch's (Schwartze, Die chirurg. Krankheiten des Ohres, 1884, Seite 149).

Digitized by Google

im Spritzwasser aufquillt und sich vollständig auflöst, niemals jedoch gelblich schimmernde oder gar gelbgrüne Eiterflocken und Klumpen oder zusammenhängende Platten und Bröckel, die in der Schaale als feste Körper sich zu Boden senken und die eben so wenig als normal angesehen werden können, wie jene zusammenhängenden Klümpchen, die beim Ausspritzen aus einem Mittelohre oder aus einer Harnröhre beim Uriniren sich entleeren.

Auf die Verkennung oder Unterschätzung der im Vorhergehenden erwähnten Momente ist es wohl auch zurückzuführen, dass der Bursitis pharyngealis, der sogen. Tornwaldt'schen Krankheit eine ihrer thatsächlichen Bedeutung doch wohl nicht entsprechende Wichtigkeit von manchen Autoren beigelegt worden ist. Wenigstens habe ich meinerseits bei einer ziemlich grossen Anzahl von Kranken, die an einer vermeintlich örtlichen Bursitis pharyngealis, an einer sogenannten eitrigen Hypersecretion der Bursa pharyngis schon so und so lange Zeit oder selbst Jahre lang behandelt worden waren, später eine Eiterung der Nasenhöhle oder einer der Nebenhöhlen nachweisen und durch Behandlung dieser oft alle Beschwerden der Kranken beseitigen können. Besonders auffällig in dieser Beziehung ist die Krankengeschichte einer hiesigen Dame, der Angehörigen eines Collegen, die an einer vermeintlich selbstständigen Tonsillitis und Bursitis pharyngealis nahezu 5 Jahre lang behandelt worden war und bei welcher sich schliesslich eine Eiterung beider Oberkieferhöhlen vorfand, deren Beseitigung denn auch jene Nasenrachenerkrankung, und zwar in etwa 2½ Monaten, zum Schwinden gebracht hat. In diesem Falle ist also auf's Augenscheinlichste eingetreten, was ich schon vor 4 Jahren als Vermuthung ausgesprochen hatte, dass nämlich so und so viele Fälle der Tornwaldt'schen Krankheit doch auf Eiterungen der Nase oder ihrer Nebenhöhlen beruhen dürften. Wenn hier das dem ganzen Symptomencomplexe zu Grunde liegende Leiden Jahre lang hat verkannt werden können, wie oft mag dann ein ähnliches Uebersehen bei solchen Kranken stattgefunden haben, die nicht Zeit und Geduld hatten, einer specialistischen Behandlung sich Jahre lang zu unterziehen! Und wenn ich für eine grössere Häufigkeit der Bursitis pharyngis damals selbst mich ausgesprochen hatte[8]), so kann ich heute das Bedenken denn doch nicht unterdrücken, es möge auch in mehreren der für Tornwaldt's Anschauungen auch mir damals beweiskräftig erschienenen Fälle das Vorhandensein eines Nasenleidens doch übersehen worden sein, und ich erkläre jetzt ausdrücklich, dass ich eine zweifellos rein örtliche, von Naseneiterung unabhängige Bursitis pharyngealis in eigener Praxis bisher noch nicht beobachtet habe, ebensowenig wie ich die Tonsillitis pharyngealis, die Hypertrophie der Rachenmandel jemals ohne gleichzeitigen, beziehungsweise präexistirenden Nasencatarrh gesehen habe. Eine ähnliche Umwandlung in ihren Anschauungen haben übrigens ja auch andere Autoren zu verzeichnen, wie denn auch H. Krause, der bald nach dem Erscheinen der Tornwaldt'schen Arbeit derselben eine äusserst warme Empfehlung auf den Weg gegeben hatte[9]), ganz vor

[8]) In meiner Arbeit über Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen, diese Monatsschrift 1886, No. 3, Seite 80. Sep.-Abdr. Seite 12.

[9]) Berl. klin. Wochenschr. 1886, No. 21, Seite 345.)

Digitized by Google

Kurzem durch Kuttner hat erklären lassen, dass ihm ein Fall von Tornwaldt'scher Krankheit in seiner Praxis noch nicht begegnet sei[10]). Die Existenz der Bursitis pharyngealis überhaupt soll allerdings nicht geläugnet werden, und wenn die örtliche Behandlung einer Eiterung im Gebiete der Tonsilla pharyngis auch nur einem oder einigen Kranken unter so und so viel hunderten oder tausenden von Halskranken Heilung, dauernde Heilung bringt, so muss Tornwaldt Dank dafür gezollt werden, dass er diesen Erkrankungen eine grössere Aufmerksamkeit gewidmet hat, als seine Vorgänger gethan. Ausserdem haben ja auch Keimer, Walb, Schaeffer, Michelson-Gerber[11]) und Andere manche den Angaben Tornwaldt's entsprechende Beobachtungen mitgetheilt. Aber doch haben schon mehrere der genannten Autoren im Gegensatze zu Tornwaldt das gleichzeitige Vorhandensein von Nasenerkrankungen in einem Theile ihrer Fälle festgestellt bezw. die letztere dann als Ausgangspunkt der Bursitis pharyngealis aufgefasst. Das gleiche Zusammentreffen ist kürzlich auch von Zürich her gemeldet worden, hier allerdings unter Hinzufügung der seltsamen, aller Erfahrung widersprechenden Anschauung, dass die Naseneiterung dann als eine von — der Bursa pharyngea aus fortgeleitete zu betrachten sei[12]), was natürlich nichts Anderes heisst, als die Sache ganz und gar auf den Kopf stellen. Offenbar handelt es sich da nur um ein Abwärtssteigen der Eiterung, um ein Fortkriechen derselben von vornen nach hinten, nicht aber um ein Aufwärtssteigen oder eine Fortpflanzung von hinten nach vornen.

Mit dem Vorstehenden schliesse ich meinerseits den schon von Anderen, vornehmlich von Bresgen bezüglich der Bursitis pharyngis ausgesprochenen Anschauungen in vieler Beziehung mich an und meines Erachtens muss von den Autoren, welche an der Häufigkeit der Bursitis pharyngis noch heute festhalten, der Nachweis noch erbracht werden, dass in der überwiegenden Mehrzahl ihrer Beobachtungen eine primäre Eiterung der Nase oder der Nebenhöhlen thatsächlich nicht vorgelegen, dass es hier wirklich nur um umschriebene Erkrankungen des Recessus pharyngis medius sich gehandelt hat. Wenn schliesslich verschiedene Autoren, die die Tornwaldt'sche Krankheit noch nicht beobachtet haben, wie u. A. H. Krause und Jonquière in Bern[13]), eine stärkere Concentration derselben an unserer Nordküste annehmen, so kann ich meinerseits ein besonders häufiges Vorkommen der Bursitis pharyngealis gerade in Westpreussen denn doch nicht finden und ich wäre geneigt, die Tornwaldt'sche Krankheit mehr als eine Eigenthümlichkeit besonders der ostpreussischen Küste anzusehen, wenn nicht auch schon aus Ostpreussen Kranke mir zugegangen wären, bei welchen das Vorhandensein eines eitrigen Nasencatarrhs ganz übersehen worden war.

---

[10]) Berl. klin. Wochenschrift 1890, No. 9, Seite 202.

[11]) Therap. Monatshefte 1889, No. 12, wozu zu vergleichen meine Bemerkungen, Ibid. 1890, Aprilheft, sowie meine Bemerkungen zu der eine Stützung der Angaben Tornwaldt's vom anatomischen Standpunkte aus bezweckenden Arbeit Poelchen's in Virchow's Achiv, Bd. 119, Seite 569.

[12]) Vergl. diese Monatsschrift 1888, No. 12, Seite 324.

[13]) Internat. Centralbl. f. Laryngologie etc. 1889, No. 12, Seite 637.

Digitized by Google

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Fortsetzung.)

II. In pathologischer Hinsicht äussert sich der Einfluss des lateralen Schleimhautwulstes, wie erwähnt, in der Weise, dass der Wulst einerseits das Fortbestehen und die Weiterentwicklung gewisser neben ihm bestehender Krankheitsprocesse der Nasen- und der Nebenhöhlen begünstigt, dass er, sobald er unerkannt oder unbeachtet bleibt, eines der wesentlichsten Hindernisse bei deren Behandlung, häufig die einzige Ursache der misslungenen Behandlung repräsentirt, endlich, dass er, wiederum selbst direct oder indirect, zur Entstehung vordem nicht vorhandener Krankheitsprocesse im Naseninnern Veranlassung giebt.

a) Was das Fortbestehen und die Förderung eines neben dem lateralen Schleimhautwulste bestehenden Krankheitsprocesses durch denselben betrifft, so kommen in erster Reihe die catarrhalische und eitrige Entzündung der Oberkiefer-, Siebbein- und Stirnbeinhöhle, insbesondere aber das Empyem der Oberkieferhöhle in Betracht. Da wir aus vorbesprochenen Gründen der Ansicht nicht huldigen, als könne der Wulst für sich allein Verschluss der benachbarten Ostien und Eiterretention in den Nebenhöhlen bewerkstelligen, macht sich sein Einfluss auf den genannten Process weniger in pathologischer, als in practischer Hinsicht geltend. So begünstigt er das Fortbestehen z. B. einer Kieferhöhleneiterung nur insofern, als man aus Unkenntniss seines Vorkommens oder in Folge Verwechselung des Wulstes mit der mittleren Muschel in der Diagnose des Grundleidens irregeführt werden und in der Behandlung auf Abwege gerathen kann. Wir glauben auch kaum zu irren, wenn wir die Vermuthung aussprechen, dass bisher recht viele Fälle von Kieferhöhlenempyem mit lateraler Wulstbildung als Nasenblennorrhoe diagnosticirt und dem entsprechend behandelt worden sein mögen. Aus meinen Krankenprotocollen wenigstens ist die Nasenblennorrhoe, seitdem ich von dem Wulste Kenntniss genommen und in den geeigneten Fällen nach ihm gefahndet habe, so ziemlich verschwunden.

Aber selbst dann, wenn der Process nicht so als diffuse, sondern als Herdeiterung erkannt wurde, ist bei Nichtbeachtung des Wulstes die Diagnose immer noch zweifelhaft, weil er die Inspection des hinter ihm gelegenen Abschnittes der Nasenhöhle, das Eindringen mit Instrumenten, namentlich aber die Sondirung der lateralen Nasenwand und der Oberkieferhöhle in der Regel unmöglich macht. Wir verweisen diesbezüglich auf den 1., 3., 12., 13., 21. und 23. unserer Fälle, wo die Patienten wiederholt und lange, trotzdem aber erfolglos behandelt worden waren, weil eben

Digitized by Google

den behandelnden Aerzten der laterale Schleimhautwulst entgangen war. Einmal erkannt, repräsentirt er allerdings ein beachtenswerthes objectives Symptom für Oberkieferhöhleneiterung, zugleich aber ein namhaftes Hinderniss bei Behandlung derselben.

Sobald nämlich bei Antrumempyem ein hinreichend entwickelter lateraler Schleimhautwulst vorhanden ist, halten wir eine vollständige Heilung durch alleinige Eröffnung der Höhle vom Alveolarfortsatze aus ohne Entfernung des Wulstes und Vernichtung der hinter demselben befindlichen Granulationsmassen in der Regel für unmöglich.

Es scheint uns nicht annehmbar, dass sich eine bis zur Geschwulst herangewachsene Schleimhauthypertrophie, trotzdem sie secundär entstanden, sofort nach dem Aufhören der Eiterung spontan rückbilden werde. Wir glauben vielmehr, dass es sich in solchen Fällen nur um eine vorübergehende Besserung, um temporären Stillstand des Leidens handle, dass also der entzündliche Process bei dauernd behinderter Ventilation der Höhle von Seiten des Wulstes bezw. fortbestehender Obliteration des Ostiums von Seiten der Schleimhautwucherungen früher oder später von Neuem beginnen müsse. Dass auch Ausnahmen von der Regel gelten können, wollen wir umsoweniger bezweifeln, als wir eine Spontanheilung der Kieferhöhleneiterung unter gewissen Umständen für möglich halten und das nicht nur in acuten, sondern auch in chronischen Fällen, so zwar, dass die proliferirende Entzündung, nachdem sie einen gewissen Grad erreicht, aus irgend welchen Ursachen stillsteht, nach und nach regressiv wird oder aber plötzlich in das Gegentheil, in Schleimhautschwund, umschlägt.

Dagegen haben wir uns von der Möglichkeit einer vollständigen Heilung des Kieferhöhlenempyems bei gesunden Zähnen allein durch Behandlung von der Nase aus, allerdings nur nach erfolgter Abtragung des Schleimhautwulstes, oft genug überzeugt. Wir läugnen nicht, dass diese Methode eine äusserst mühsame und langwierige, eine wahre Geduldprobe für Arzt und Kranken ist, möchten sie aber dennoch für jene Fälle empfehlen, wo entweder ein gesunder Zahn geopfert werden müsste, oder wo sich der Kranke (gar nicht so selten) nach Extraction der cariösen Zähne der Anbohrung der Kieferhöhle nicht weiter unterziehen will.

b) Dasselbe, was wir soeben über die Bedeutung des lateralen Schleimhautwulstes bei Oberkieferhöhlenempyem gesagt haben, gilt womöglich in noch höherem Maasse in Bezug auf Polypenbildung in der Nasenhöhle.

Wenn wir in irgend einem neueren, die Krankheiten der Nasenhöhle behandelnden Lehrbuche das Kapitel über Nasenpolypen nachschlagen, so gewinnen wir bei der Fülle des zusammengetragenen und verarbeiteten Materiales schier den Eindruck, als wäre die betreffende Lehre zur Zeit wenn nicht schon abgeschlossen, doch dem Abschlusse nahe. Bei nachdenklicher Lesung nehmen wir aber noch so Manches wahr, das bis heute seiner Erklärung harrt.

Ueber die histologische Beschaffenheit und Eintheilung der Nasenpolypen bleibt allerdings nur wenig mehr zu wissen übrig. Dagegen muss die Aetiologie der Nasenpolypen schon als ziemlich lückenhaft bezeichnet werden, trotzdem sie dem Facharzte in jedem Stadium der Entwickelung und so häufig zur Beobachtung kommen, dass sie nach

Digitized by Google

Zuckerkandl, wenn auch nicht in gleicher Zahl in vivo, so doch bei jeder 8. oder 9. Autopsie angetroffen werden können, wenn man nach ihnen sucht.

Alles, was bisher als Entstehungsursache der Nasenpolypen angeführt wurde, ist eitel Vermuthung und entbehrt jeder wissenschaftlichen Beweisführung. Selbst das so ziemlich allgemein angenommene ursächliche Moment, nämlich gewisse, in Folge chronischer Nasencatarrhe eingetretene Reizzustände der Nasenschleimhaut, ist heute nicht mehr stichhaltig (Morell Mackenzie, Moldenhauer).

Ueber die Ursprungsstellen und den Lieblingssitz der Nasenpolypen sind wir von Zuckerkandl (l. c. S. 78) hinreichend belehrt worden. Wenn uns ausserdem bewährte Behandlungsmethoden zu Gebote stehen, so nimmt es wiederum Wunder, dass wir viel seltener, als erwünscht, vollständige Heilung erzielen, dagegen weit häufiger mit Recidiven zu schaffen haben.

Dass die häufigen Misserfolge der Behandlung weder in einer eigenthümlichen Beschaffenheit des Mutterbodens, noch in abnormen Constitutionsverhältnissen des Kranken gelegen sind, erhellt schon daraus, dass wir ausnahmslos Recidive zu verhüten im Stande sind, sobald die Ursprungsstelle des Polypen der Behandlung leicht zugänglich ist. Manchmal kann das Misslingen der Behandlung allerdings dem unzweckmässigen Verhalten des Patienten zugeschoben werden, häufiger aber sind wir selbst Schuld daran, indem wir (Zuckerkandl) kleine, versteckt gelagerte Polypen leicht übersehen, während wir die grossen abtragen und die in kürzerer oder längerer Zeit gehörig angewachsene Geschwulst für eine Recidive des vermeintlich nicht völlig exstirpirten Polypen halten, oder indem wir in der That die Geschwulst nicht an der Wurzel abgetragen und den Boden nicht vernichtet haben.

An der Hand eines von Voltolini (Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie, Breslau 1879) gethanen Ausspruches, dass Erfolg zu gewärtigen sei, wenn man überall zu der Wurzel des Polypen gelangen kann, dass aber eben in dieser Unmöglichkeit die Möglichkeit der Recidive bei jedem Operationsverfahren liege, kritisirt Zuckerkandl seine Fälle und gelangt zu dem Schlusse, dass die Entfernung der Polypen mit Stumpf und Stiel allemal Aberglaube ist, wo sie aus der Tiefe des Infundibulum, am Ostium frontale, maxillare oder einem Ostium ethmoidale, aus dem Fundus des oberen Nasenganges herauswuchern, weil dabei stets eine Partie des Stieles zurückbleibt, demnach bei dieser Art der Insertion eines Polypen die Veranlassung von Recidiven nach jeder Operation immer von Neuem gegeben und die radicale Excision solcher Polypen nur dann möglich ist, wenn man das Nest, in dem der Stiel sitzt, blosslegt.

Wir halten aber noch ein Drittes für möglich. Trotzdem wir den Polypen mit Stumpf und Stiel ausgerottet und durch eine entsprechende Behandlung des Mutterbodens annähernd normale Verhältnisse geschaffen haben, kann nach Ablauf einer gewissen Zeit dennoch eine Recidive folgen, wenn wir nämlich der Entstehungsursache der Polypenbildung nicht auf die Spur gekommen sind, wenn wir sie übersahen und fortbestehen liessen. Das gilt insbesondere von den nicht so seltenen, bisher aber nur wenig beachteten Fällen, wo die Polypenbildung als Folgeleiden einer Nebenhöhlenerkrankung auftritt.

Digitized by Google

Der Erfolg der Behandlung hängt also hauptsächlich ab:

1) von der Möglichkeit, das Nest, in dem der Stiel sitzt, aufzufinden, blosszulegen und der Behandlung zugänglich zu machen;
2) von der Möglichkeit, die Entstehungsursache der Polypenbildung zu eruiren und gleichzeitig gegen dieselbe einzuschreiten.

Sobald Eines oder das Andere unmöglich, können wir mit grosser Wahrscheinlichkeit einer baldigen Recidive gewärtig sein.

Soviel über den heutigen Stand der Lehre von den Nasenpolypen.

Auf Grund der Kenntniss des lateralen Schleimhautwulstes sind wir nun im Stande, die bisher noch so dunkle Aetiologie der Nasenpolypen einigermaassen zu beleuchten, die zahlreichen Misserfolge, welche sich bei Behandlung der Nasenpolypen ergeben, auf eine bestimmte, wenn auch nicht allgemein giltige Ursache zurückzuführen und wenigstens für gewisse Fälle eine exacte untrügliche Behandlungsmethode vorzuschlagen.

Auf Seite 171 dieser Abhandlung wurde bei Besprechung der 2. und 3. von uns selbst gestellten Frage der Erweis geliefert, dass wenn der laterale Schleimhautwulst, Nasenpolypen und Kieferhöhlenempyem gemeinschaftlich auf einer und derselben Nasenseite vorkommen, in einem solchen Falle das Kieferhöhlenempyem stets als das Grundleiden, die Polypenbildung aber als ein immer nur aus diesem hervorgegangenes Folgeleiden zu betrachten ist.

Wie speciell in diesen, muss demnach das Empyem der Oberkieferhöhle überhaupt in vielen Fällen als einzige und nicht minder häufige Entstehungsursache, d. h. als ein wichtiges, ätiologisches Moment der Polypenbildung in der Nasenhöhle bezeichnet werden.

Obwohl das gleichzeitige Vorkommen der beiden Krankheitsformen eine längstbekannte Thatsache ist, geschah dieses Abhängigkeitsverhältnisses in den Lehrbüchern bei Besprechung der Aetiologie der Nasenpolypen bisher keine Erwähnung.

In einigen Fällen der Tabelle, namentlich wo nur ein einzelner Polyp vorhanden war, wurde ferner hervorgehoben, dass sofort nach der Extraction weder ein Stiel noch Rest zu sehen war, so dass die Insertionsstelle nicht einmal annähernd bestimmt werden konnte.

Das sind nun Fälle, wo regelmässig ein bis an's Septum heranreichender lateraler Schleimhautwulst vorlag, der den Einblick in die Tiefe, die Besichtigung und Abtastung der Wände verwehrte, Fälle jener Categorie, wo der Erfolg bei Unkenntniss der näheren Verhältnisse (des lateralen Schleimhautwulstes) an der Unmöglichkeit scheitert, das Polypennest zu eruiren, blosszulegen und einer directen Behandlung zugänglich zu machen, Fälle, die man — nicht blindlings vorgehen wollend — bis auf Weiteres entlässt, die aber früher oder später, mit einem reichen Nachwuchse versehen, zurückkehren.

Sobald aber der laterale Schleimhautwulst als solcher erkannt und nachgewiesen wurde, ist es allerdings ein Leichtes, durch Abtragung desselben das Polypennest blosszulegen und die Behandlung mit Rücksichtnahme auf das in solchen Fällen stets vorhandene Antrumempyem derart weiterzuführen, dass eine Recidive kaum je in Betracht kommt.

Ebenso gelingt es bei uncomplicirtem Kieferhöhlenempyeme durch Entfernung des lateralen Schleimhautwulstes, Verödung der hinter dem-

Digitized by Google

selben befindlichen Granulationsmassen und durch Behandlung des Empyems selbst der später zu gewärtigenden Bildung von Nasenpolypen noch bei Zeiten vorzubeugen.

Wir müssen deshalb den lateralen Schleimhautwulst als eines der namhaftesten Hindernisse, welche einer erfolgreichen Behandlung der Nasenpolypen entgegenstehen und die Ausserachtlassung des Wulstes als eine der häufigsten Ursachen der misslungenen Heilerfolge resp. der zahlreichen Recidiven bezeichnen.

Für die Therapie der Nasenpolypen ergiebt sich Folgendes daraus:

Nachdem wir wissen, dass mit der Entfernung der Polypen allein noch gar nichts gethan, sondern der Enderfolg vielmehr von der Blosslegung und Behandlung des Polypennestes, von der Eruirung und Behebung der Grundursache der Polypenbildung abhängig ist, diese aber ausserordentlich häufig, ziemlich in der Hälfte der Fälle, in einer Kieferhöhleneiterung gelegen ist, so werden wir gut thun, in einem jeden Falle das Secret der betreffenden Nasenhälfte auf seine Qualität genau zu prüfen. Eitrige, übelriechende Secretion bei Polypenbildung darf nie ohne Weiteres auf diese bezogen, sondern muss vielmehr als Symptom einer Herdeiterung, zumeist in einer der Nebenhöhlen, angesehen werden. Wenn aber nach Entfernung der Mehrzahl der Polypen auch noch der laterale Schleimhautwulst nachgewiesen wird, so steht es fest, dass die Ursache der eitrigen Secretion in Empyem der Oberkieferhöhle zu suchen, und dass in diesem Falle das Polypennest sicher hinterhalb des Wulstes an der äusseren Nasenhöhlenwand gelegen ist. Die Behandlung der beiden Krankheitsformen greift nun innig in einander. An ein Schwinden der einen ohne gleichzeitige Behebung der anderen ist ebensowenig zu denken, als der günstige Enderfolg vor Allem die Abtragung des lateralen Schleimhautwulstes voraussetzt. Die Vernichtung der dahinter befindlichen Polypenreste und Granulationsmassen behufs Freilegung des Kieferhöhlenostiums unterliegt selten mehr einer Schwierigkeit, weil die mittlere Muschel in der Regel von der äusseren Nasenwand weit abgedrängt, die letztere somit operativen Eingriffen leicht zugänglich ist. Ob die weitere Behandlung des Empyems nur von der Nase aus stattfinden kann oder nebstdem die Eröffnung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze erheischt, hängt hauptsächlich von dem jeweiligen Zahnbefunde ab.

c) Endlich vermag der laterale Schleimhautwulst durch dauernden Contact mit den ihm an- oder gegenüberliegenden Gebilden der Nasenhöhle zu gewissen, vordem nicht vorhanden gewesenen pathologischen Veränderungen in der Schleimhaut Veranlassung zu geben.

Wie bei den Nasengeschwülsten überhaupt (Zuckerkandl, l. c. S. 85), tritt auch hier die Wirkung des dauernden Contactes je nach der berührten Stelle in zweifacher Weise hervor:

1) In Folge des von Seiten des Wulstes auf die mittlere Muschel ausgeübten mechanischen Druckes wird diese von der äusseren Nasenwand allmählig ab- und der Nasenscheidewand zugedrängt; in Einem damit macht sich allmähliger Schwund der Muschel, und zwar nicht nur des Schleimhautüberzuges, sondern selbst des Gerüstes bemerkbar, welcher wiederum so weit fortschreiten kann, dass die Muschel schliesslich ganz zu Grunde geht.

Digitized by Google

Wieso ein verhältnissmässig weiches Gebilde, als der laterale Schleimhautwulst, der überdies Raum hat, sich bei Begegnung eines Widerstandes nach vorne auszubreiten, die vielfach härtere Muschel zum Weichen bringen kann, ist zwar nicht recht begreiflich, trotzdem aber Thatsache. Leichter liesse sich die Andrängung der Muschel an die Nasenscheidewand in der Weise erklären, dass etwa in Folge enorm erhöhten Flüssigkeitsdruckes in der Kieferhöhle Hervortreibung der nasalen Wand stattgefunden, welcher Vorwölbung die Muschel wiederum durch Schiefstellung resp. durch Annäherung an's Septum Folge gegeben hätte. In diesem Falle müsste aber die Raumweite zwischen Muschel und äusserer Nasenwand ziemlich unverändert bleiben, wenn nicht gar herabgesetzt sein. Nachdem wir aber mit Ausnahme der Ozaenafälle eine wirkliche Vortreibung der nasalen Kieferhöhlenwand nicht beobachtet haben, wohl aber den Sinus der mittleren Muschel stets erweitert fanden, bleibt nichts Anderes übrig, als für die Abdrängung der Muschel einzig und allein den mechanischen Druck von Seiten des Wulstes verantwortlich zu machen.

2) An der Nasenscheidewand hingegen führt die dauernde Berührung mit dem lateralen Schleimhautwulste nicht zu Atrophie, sondern zu Schleimhauthypertrophie, deren Endproduct meist in Gestalt einer mächtigen, wallförmigen, sagittal nach hinten verlaufenden Geschwulst zu Tage tritt. Zuweilen findet auch Verwachsung zwischen den einander gegenüber liegenden Wülsten statt. Wie die Atrophie der mittleren Muschel auf mechanischen Druck, dürfte die Schleimhauthypertrophie des Septums auf fortgesetzte mechanische Reize, wie sie bei forcirter, weil behinderter Nasenathmung und bei Reinigung der Nase von Seiten des Wulstes statthaben, ebenso auf gewisse, an beiden Stellen verschiedene Structurverhältnisse der Schleimhaut zurückgeführt werden. (Schluss folgt.)

Entgegnung.

In No. 6, 1890 dieser Monatsschrift findet sich ein „Ueber Nasenpapillome" betiteltes Referat des Herrn Dr. P. K. über eine Studie des Dr. Lacoarret (Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales", Revue de laryngol. No. 17). Die Ansicht des Verfassers dieser Studie, der der Referent ausdrücklich beipflichtet, geht dahin, dass die Papillome der Nase viel seltener seien, als ich behauptet habe; ich scheine sie verwechselt zu haben. Dieselbe Verwechselung hätten, durch mich beeinflusst, viele andere Autoren sich zu Schulden kommen lassen. Die Krankengeschichte (!) der Papillome in den meisten Handbüchern sei also falsch.

Hierauf erwiedere ich kurz Folgendes, indem ich mir eine ausführliche Auseinandersetzung für später vorbehalte: Der Name „Papillom" wird von Virchow, wie von der Mehrzahl seiner Schüler überhaupt verworfen. Diejenigen deutschen Anatomen und Kliniker jedoch, welche diesen Namen zur Bezeichnung gutartiger papillärer Geschwülste gebrauchen, unterscheiden epithelreiche, aber bindegewebsarme als sogen. harte, und epithelarme, aber bindegewebsreiche als sogen. weiche Papillome. Die Franzosen und Engländer, denen in neuerer Zeit auch

Digitized by Google

einzelne Deutsche folgen, nennen dagegen nur die epithelreichen papillären Geschwülste nicht krebsiger Art (welche Virchow harte Warzen zu nennen vorschlägt und pathologisch-anatomisch als gutartige Epitheliome kennzeichnet [cf. Berl. klin. Wochenschr. 1887, Seite 588]) Papillome, auch wohl echte oder wahre P. (Papillomes vrais). Indem ich nun dem von hervorragenden deutschen Autoren eingeführten Sprachgebrauche gefolgt bin, habe ich stets die papillären Geschwülste der Nasenhöhlen in harte und weiche geschieden, und zu einer Zeit, in der man weder von der einen, noch der anderen Form, soweit die Nase in Frage kam, irgend etwas Nennenswerthes wusste, sondern nur 2 Beobachtungen über „Papillome" der Nasenschleimhaut in der Literatur aufzufinden waren, auf Grund meiner eigenen Erfahrungen den Nachweis geführt, dass weiche Papillome verhältnissmässig häufig, harte verhältnissmässig selten seien. In meiner ersten Veröffentlichung führte ich 14 Fälle von weichen und einen Fall von harten Papillomen meiner Beobachtung auf unter genauer Schilderung des microscopischen Befundes der betreffenden papillären Neubildungen. Eine Verwechselung dieser beiden Formen vorzunehmen, ist mir nie beigefallen. Wenn man mir wiederholt schon Derartiges unterstellt hat, so kann ich nur annehmen, dass die betreffenden Autoren meine Arbeiten*) im Original entweder überhaupt nicht oder nur sehr flüchtig durchgesehen haben. Wie sich darüber streiten lässt, ob der Name „Papillom" überhaupt richtig gewählt ist (Virchow), so lässt sich erst recht darüber streiten, welche papillären Geschwülste mit diesem Namen zu bezeichnen sind. Ich habe meinerseits die diffuse „Papillomatosis" der Schleimhaut und papilläre Hyperplasien mit seichter, mehr runzeliger als papillärer Beschaffenheit der Oberfläche von genannter Bezeichnung streng ausgeschlossen und dieselbe nur entweder discret stehenden oder diffus, aber polypös gewucherten Geschwulstmassen von ausgesprochen papillärem Bau der Oberfläche zuerkannt. Ob man diesen Geschwülsten den Namen „Papillome" oder „Warzengeschwülste", oder wie ich auch vorgeschlagen habe, den Namen „Himbeergewächse" oder „Himbeerpolypen" zuertheilt, ist mir ganz gleichgültig. Es genügt mir, wenn das relativ häufige Vorkommen der weichen Papillome der unteren Nasenmuschel unter denjenigen Geschwülsten, die man generell „Nasenpolypen" zu nennen pflegt, anerkannt wird. Der Streit um die Benennung läuft schliesslich auf Wortklauberei aus.

Köln, den 5. Juli 1890. Dr. Hopmann.

---

*) Cf. „Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut". Virch. Arch. Bd. 93, 1883. — „Zur Nomenclatur der Nasenschleimhautgeschwülste." Freiburg 1883. — „Ueber Nasenpolypen." Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1885. — „Ueber Reflexneurosen und Nasentumoren." Strassburg 1885. — „Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen?" Monatsschrift für Ohrenheilk. 1887. — „Ueber Warzengeschwülste (Papillome) der Respirationsschleimhäute." Leipzig 1888. (Sammlung kl. Vorträge No. 315.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Der Ohrschmerz und seine Behandlung. Von Dr. B. Gomperz.

In Folge der reichlichen Versorgung des Gehörapparates mit sensiblen Nerven sind nach Ansicht des Verfassers Ohrschmerzen häufige Begleiterscheinungen der Krankheiten des Ohres. Es sind insbesondere 3 Gruppen von Erkrankungen, welche heftige Schmerzen erzeugen:

I. Otitis externa circumscripta und diffusa,

II. die einfache (catarrhalische) und eitrige acute Mittelohrentzündung und III. die Otalgia nervosa.

Bei der Otitis externa circumscripta empfiehlt der Verf. hauptsächlich 3 Methoden: a) die Spaltung mit dem Furunkelmesser, einem von Gruber angegebenen tenotomartigen Instrumente, b) Behandlung mit Liquor Burowi oder Borspiritus (Löwenberg) und c) als eine der dankbarsten die Behandlung mit den Amygdalae aurium nach Gruber.

Nachdem Verf. noch einige andere Behandlungsmethoden erwähnt, sagt er bezüglich der Amygdalae Folgendes:

„Alle (diese) Behandlungsmethoden werden jedoch übertroffen durch die von Gruber eingeführten Mittel, den Gelatinepräparaten mit medicamentösem Beisatze.

„Es sind das die sogen. „Amygdalae aurium", die, etwa 1 Ctm. lang, mit 4—8 Mm. Durchmesser, conisch, aber abgerundet, einen Gehalt von 1 Ctgr. Morphin-, Cocain- oder Opiumextract haben.

„Nach Gruber haben diese Gelatinepräparate eine entschieden antiphlogistische Wirkung dadurch, dass sie durch die Wärme im äusseren Gehörgange zerfliessen und dabei Wärme binden, andererseits durch ihren Gehalt an narcotischen Substanzen. Selten ist eine werthvolle Behandlungsmethode so wenig berücksichtigt und gewürdigt worden, wie diese. Man hat ihr ungerechter Weise nachgesagt, dass durch die Gelatine der Gehörgang verschmiert werde etc. In kurzer Zeit, und das mit einer gewissen Regelmässigkeit, habe ich Furunkel, die noch nicht vereitert waren, bei der Anwendung der Gelatinepräparate mit Extractum opii aquosum zurückgehen und die Schmerzen schwinden gesehen. Die Formel für dieselben ist:

Extr. op. aquos. **0,10,**
Gelatin. alb. q. s. ut fiant,
Amygdalae aurium (Gruber) No. X.

„Ich habe ferner gefunden, dass die Gelatinebougies besonders dann ihre günstige Wirkung entfalten, wenn sie so gross genommen werden, dass sie einen Druck auf die Wandungen des Gehörganges ausüben. Sie wirken hier wahrscheinlich durch die Anaemie, welche sie in den Weichgebilden erzeugen und welche vielleicht die Bedingungen für die Weiterentwickelung der Infectionskeime ungünstig gestalten."

Die Otitis ext. diffusa behandelt man am besten mit Borsäure, welche nach Gomperz auch gegen die Schmerzen wirkt, nöthigen Falles noch mit Einträufelungen von Cocainlösung.

Bei Vorhandensein von Otomycosis leistet der Alcohol vortreffliche Dienste. Dehnen sich die Schmerzen auf die Warzengegend aus, ist der

Digitized by Google

Leiter'sche Apparat zu appliciren; Abscesse müssen eröffnet werden. Sehr gut wirkt bei Otitis ext. diffusa auch die Dilatation mittelst Drains, weniger die Dilatation mittelst Pressschwamm (Gottstein).

Die Behandlung der Schmerzen bei der acuten Mittelohrentzündung ist nach Dr. Gomperz eine dankbare. Besonderen Nutzen gewährt das Cocain in 5—10procentiger Lösung, warm in den Gehörgang geträufelt, auch warme Ueberschläge oder, nach Zaufal, feuchter Verband mit Liq. Burowi, ferner intratubare Injectionen von Cocainlösung. In Fällen, wo das Cocain versagt, kann man Carbolsäure-Glycerin (Bendelack-Hewetson) in bis 20procentiger Concentration versuchen, welches Mittel manchmal sogar coupirend auf die Entzündung wirkt. Bei eingetretener Exsudation ist die wirksamste Methode die Paracentese des Trommelfells, die Gruber schon in der 1. Aufl. seines Lehrbuches (1870) empfiehlt, welches Verfahren den Gesetzen der Chirurgie, wie auch den Ergebnissen der Bacteriologie vollkommen entspricht, indem dadurch die im Mittelohre angesiedelten Coccencolonien nach aussen geschafft werden. Selbstverständlich muss dabei strengste Antisepsis geübt und bei Entfernung des Secretes die grösste Reinlichkeit beobachtet werden. Durch die Paracentese ist gewöhnlich der Schmerz mit einem Schlage beseitigt. Besteht er noch fort, wende man Cocain von aussen und per tubam an. Bei Cocain scheint neben seiner gefässcontrahirenden und analgesirenden auch eine antibacterielle Wirkung zu haben, indem es (Gomperz) zwar die Bacterien nicht tödtet, aber deren Wachsthum wesentlich verlangsamt. Sehr gut wirken ferner die von Politzer gerühmten Durchspülungen, nach welchen auch noch Cocain per tubam injicirt werden kann. Das Uebergreifen des Processes auf den Warzenfortsatz ist Leiter's Apparat anzuwenden, als letztes Mittel die Trepanation.

Bei Otalgia nervosa wird man vor Allem etwa vorhandene Caries der Zähne zu berücksichtigen haben und die cariösen Zähne entfernen oder plombiren. Bei Ulcerationen an der Gingiva oder in der Mundhöhle hören die Schmerzen nach dem Cocainisiren auf, ebenso bei Geschwüren im Larynx, wie Verf. in einem Falle auf der Klinik Schrötter beobachtete. Die Otalgia nerv. idiopath. wird durch interne Mittel, Jodkali, Chinin, Natr. salicylicum, in neuerer Zeit durch Antipyrin und dessen Ersatzmittel, wie Antifebrin und Phenacetin, mit wechselndem Erfolge bekämpft. Auch die Derivantien, Senfpapier und Blasenpflaster hinter dem Ohre, Auflegen warmer Tücher auf die Ohrgegend, sowie die Galvanisation (Anode) seien empfehlenswerth. Dr. M.

Acute Entzündung der Trommelhöhle als Complication bei Influenza. Von Dr. Purjesz. (Gyógyászat No. 16, 1890. — Pester medicin.-chirurg. Presse No. 20, 1890.)

Verf. notirte 58 Fälle von Otitis media in Folge der Influenza, von denen einige nicht in Eiterung übergingen, doch die meisten führten schon am 2., 3. oder 4. Tage zum Durchbruch des Trommelfells. Der Schmerz dauerte angeblich in der Regel so lange, bis der Eiter sich nach aussen entleerte. Zwei Mal bildeten sich am Warzenfortsatze Abscesse, welche auf chirurgische Behandlung in kurzer Zeit heilten. — Bezüglich der Therapie erwähnt Verf., verschiedene (?!) Narcotica, theils zu

Digitized by Google

Einträufelungen, theils in Salbenform zum Einreiben der Warzengegend (!) angewendet zu haben; erschien das Exsudat im äusseren Gehörgange, kamen antiseptische Lösungen, später sogar adstringirende Mittel in Anwendung. Zur Besserung des Gehörs wurden Lufteintreibungen nach Politzer's Verfahren oder mittelst Catheters angewendet.

Verf.'s Aufsatz enthält eine interessante Tabelle bezüglich des Alters der Patienten, aus der ersichtlich ist, dass das grösste Contingent die 31 — 35jährigen lieferten, was übrigens für den practischen Arzt kaum von Interesse sein wird. Letzterer wird sich aber leider auch wenig Nutzen aus der ganzen Therapie der Trommelhöhlenentzündung holen, da Verf. kein einziges der narcotischen, antiseptischen oder adstringirenden Mittel zu erwähnen der Mühe werth fand, was Ref. durchaus für nicht ganz gleichgiltig hält. Denn wenn es auch zwar ganz irrelevant ist, welches Narcoticum zum Einreiben der Warzengegend verschrieben wird, da dies doch hoffentlich nur etwas ist, ut aliquid facere videatur, möchte dies nicht Ref. auch auf die Einträufelungen beziehen, denen man so häufig in der Praxis, von Seiten der practischen Aerzte, begegnen kann. Oder umfasst der Begriff „Narcotica" so wenig, dass der Practiker diesbezüglich gar nicht irren kann?! Ref. will doch hoffen, dass auch Verf. hier und da einem Falle begegnete, wo Eingiessungen mit Chloroform, ein Narcoticum ersten Ranges, gemacht wurden, die doch sicherlich nicht schmerzstillend auf eine entzündete Trommelhöhle wirkten. — Ebenso stillschweigend äussert sich Verf., wie schon erwähnt, bezüglich der Antiseptica und Adstringentia, unter welchen sich doch gewiss eine grosse Zahl solcher Mittel befindet, die in der otiatrischen Praxis keinen Platz gefunden. Szenes.

Das künstliche Trommelfell und die zu seinem Ersatze vorgeschlagenen Methoden. Eine otologische Studie. Von Dr. Rudolf Haug, München. (Th. Ackermann's Verlag, 1889, 43 S.)

Es ist dies eine kleine Brochure, in welcher Verf. ein Bewandtniss in der Literatur zu Tage legt, indem er zuerst der Reihe nach die einzelnen Methoden aufzählt, die zum Verschluss von Perforationen empfohlen wurden, hierauf folgen die aufgestellten Theorien bezüglich der Wirkung des künstlichen Trommelfells. Auf die practische Verwendbarkeit übergehend, macht Verf. auf die Vor- und Nachtheile aufmerksam und kommt schliesslich zu den Versuchen, die die persistente Lücke zur Heilung bringen sollen; es werden die ersten Versuche der Myringoplastik von Berthold, ferner die Transplantation von Ely und Tangemann erwähnt, nach deren Muster Verf. zwei Transplantationen selbst ausführte, die er uns eingehend mittheilt. Zum Schluss wird die Verwendbarkeit der Schaalenhaut des Hühnereies bei Transplantationen angeführt. Szenes.

---

b) Rhinologische:

Das Aristol in der Behandlung der Ozaena simplex. Von Dr. Löwenstein, Elberfeld. (Internat. klin. Rundschau No. 20, 1890.)

In drei Fällen von genuiner und in einem syphilitischer Ozaena bemühte sich Verf., die Wirkung des Aristol zu beobachten, indem die

Digitized by Google

Borken mit der Pincette entfernt und reines Aristolpulver in die Nase insufflirt wurde. Sowohl Borken wie auch Foetor wurden bei dieser Behandlung innerhalb eines verhältnissmässig kurzen Zeitraumes vollständig beseitigt, und da dem Pulver jede toxische Wirkung fehlt, kann es um so eher empfohlen werden. Die Application ist seiner leichten Zerstäubbarkeit wegen eine leichte, es belegt die Ulcerationen und die Schleimhäute mit einer leicht haftenden, impermeablen Schicht, unter welcher die Heilung schnell vorwärts schreitet. Szenes.

Carcinom des Nasenrachenraumes. (Naso-Pharyngeal Carcinoma.) Von Sidney Allan Fox. (The N.-Y. Med. Journal, 8. März 1890.)

40jähriger Mann mit penetrantem Gestank aus dem Munde und Beschwerden in der Nase und im Ohre kommt zu F., der einen den ganzen Nasenrachenraum und den seitlichen Pharynx ausfüllenden Tumor findet. F. entfernt per os einen Theil dieses blumenkohlartigen Gewächses, das sich microscopisch als Epitheliom erwies. Darauf Annaudale's Operation: Weicher Gaumen durchschnitten und harter Gaumen durchsägt und separirt (letzteres gelingt nur unvollständig). Entfernung der Massen mit einer gekrümmten Zange. — Nach 3 Wochen beginnendes Recidiv und nach 7 Wochen Exitus letalis. Verfasser verwirft für solche Fälle Annaudale's Methode. (Wir auch! Ref.) W. Fr.

Neurosen, entstanden durch Behandlung des Naseninneren. Von Dr. L. Réthi, Wien. (Internat. klin. Rundschau No. 51 und 52, 1889.)

Ebenso wie einerseits Neurosen reflectorisch durch Erkrankung der Nase bedingt und durch örtliche Behandlung derselben wieder behoben werden können, können andererseits, durch therapeutische Eingriffe in der Nase, nicht nur bereits vorhandene Neurosen verschlimmert, sondern auch neue, bisher nicht vorhanden gewesene Neurosen erzeugt werden, wenn auch die Nase aus anderen rein localen Gründen, wenngleich mit gutem örtlichen Erfolge, behandelt wird. Letzteres illustrirt Réthi mit 5 Fällen. Im ersten Falle wurde eine diffuse Verdickung der Nasenschleimhaut zum Schwinden gebracht, doch bald darauf stellten sich Niesanfälle ein, die auf galvanocaustischer Behandlung einer, vom ersten therapeutischen Eingriffe datirten, Narbe zum Schwinden gebracht wurden. Im zweiten und dritten Falle trat die Neurose in Form von heftigen Schwindelanfällen, im vierten als Laryngospasmus zu Tage, die Ursache des letzteren konnte laryngoscopisch nicht nachgewiesen werden; im letzten Falle war nach der Behandlung eine Neuralgie des Nerv. supraorbitalis aufgetreten. In sämmtlichen Fällen waren die Erscheinungen durch Narben reflectorisch hervorgerufen, die die Folgen des therapeutischen Eingriffes waren und glaubt Réthi dieselben in eine Categorie mit den traumatischen Neurosen stellen zu können. Dass die Neurosen nicht vorher, durch die Einwirkung der hypertrophischen Nasenschleimhaut und der anderen pathologischen Zustände, sondern erst in Folge einer aus therapeutischen Gründen gesetzten Narbe ausgelöst wurden, schreibt Réthi einer wahrscheinlichen Veranlagung zu und glaubt schliesslich therapeutisch, wegen nervösen Erscheinungen, nur dann einschreiten zu müssen, wenn wir daselbst krankhafte Veränderungen vorfinden und für dieselben keine näher

Digitized by Google

liegenden plausibleren ätiologischen Momente eruiren können, da wir auch auf das rechnen müssen, dass durch die Behandlung des Nasen-inneren Neurosen erzeugt werden können. Szenes.

Studie über den primären Lupus der Nase. (Etude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale.) Von Dr. V. Raulin. (Thèse de Paris 1889 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 18.)

Die 3 Theorien des Entstehens werden erläutert: hereditäre Syphilis, Scrophulose und Tuberculose. Verf. neigt der letzteren zu, indem man immer den Koch'schen Bacillus nachweisen kann; es folgt eine genaue Beschreibung des ganzen Verlaufes der Krankheit. Die Behandlung besteht in allgemeinen Mitteln und in localen; von letzteren ist das Auskratzen das einzig richtige. Dr. P. K.

Ein typischer Fall von Irritation der Augen, geheilt durch Behandlung der ursächlichen chron. Rhinitis. (A Typical Case of Ocular Irritation, Caused by Chronic Rhinitis, Relieved by Treatment of the Nasal Trouble.) Von Adolph Blitz, Indianapolis, Ind. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., 10. Mai 1890.)

Bei einer Frau mit Schmerzen und Jucken in den Augen, Photopholie, starker Congestion der Conjunctivae und Thränenträufeln verschwanden alle diese Symptome nach energischer Cauterisation der hypertrophischen Nasenmuscheln. W. Fr.

Ueber den Zusammenhang von peripheren Reizen mit Erkrankungen der Nase und des Pharynx. (On the Relations of Peripheral Irritation to Disease, as Manifested in the Throat and Nose.) Von Beverley Robinson, New-York. (Med. Record, 19. April 1890.)

Verf. glaubt, dass die meisten Rhinologen zu viel Werth der Behandlung der Nase zuschreiben, und dass demgemäss heut zu Tage viel zu viel an der Nase herumgearbeitet wird. Wenn auch in manchen Fällen von Asthma, Heufieber etc. ein Zusammenhang unverkennbar sei, so könne dies doch nicht so verallgemeinert werden, wie es Bosworth in seinem neu erschienenen (vorzüglichen! Ref.) Lehrbuch thut.

W. Fr.

Die wahren Beziehungen von Erkrankungen der oberen Luftwege zu den sogen. Nasen-Reflexen. (The True Relation of Diseased Conditions in the Upper Air-Passages to the So-called Nasal Reflexes.) Von F. H. Bosworth, New-York. (Med. Record, 17. Mai 1890.)

Erwiderung auf den vorigen Artikel. W. Fr.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Mandelschanker. (Du chancre de l'amygdale.) Von Dr. C. Boeck. (Revue internationale des sciences médicales, August und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

Verf. beobachtete in dem Zeitraum von 10 Jahren 9 Mandelschanker; ausgeprägte Mandelhypertrophie mit Induration, oberflächliche, oft Diphtheritis ähnelnde Mandelgeschwüre, Drüsenschwellung am Unterkiefer-

Digitized by Google

winkel. Die secundären Symptome erschienen immer in kurzer Frist. Die Diagnose war oft schwierig, man konnte an Diphtheritis, Gummata und selbst an Epithelioma denken. Trinkgläser, Toilettegegenstände und Rauchpfeifen waren fast immer die Ursache. Referent setzt noch fünf andere Beispiele hinzu: zwei bei Bruder und Schwester, welche aus demselben Glas getrunken hatten; der dritte bei einem Greise, welcher 2 Monate später an acuten Hirnerscheinungen starb. Dr. P. K.

Ueber Gefühle, welche in den Mund verlegt werden. (On sensations referred to the mouth.) Von J. Hilton Thompson M. D., Manchester. (Lancet, 26. April 1890.)

Es handelt sich um Gefühle von Stechen, Hitze und Trockenheit bei einer 40jährigen Dame, welche auf die Behandlung einer chronischen Verdauungsstörung ganz verschwanden. Dr. M. Schm.

Hypertrophie der Drüsen und des Bindegewebes an den Seiten des Pharynx. (Hypertrophie des glandes et du tissu conjonctif des parois latérales du pharynx.) Von Dr. C. C. Rice. (New-York med. Journ. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Es ist eine chronische Angina follicularis der Seitenwände des Pharynx bei Leuten von 12 bis 18 Jahren. Indem man mittelst Messer oder Galvanocaustik einen Theil dieser Seitenwandstränge zerstört, heilt man die ganze Region, weil die Vascularisation eine gemeinsame ist. Abarten dieser Hypertrophie sind diejenigen der Falte, welche vom Pharynx zur Trompete führt; hier können die Schleimdrüsen, das Bindegewebe und selbst das submucöse Bindegewebe angegriffen sein und krankhafte Symptome, wie Heiserkeit, Husten, Krämpfe der Glottis, leichte Ermüdung der Stimme hervorbringen; mit der Zerstörung dieses Stranges heilen diese Symptome immer. Dr. P. K.

Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Highmorshöhle. Mit Demonstrationen. Von W. Freudenthal M. D., New-York. (Med. Rec., 17. Mai 1890.)

Verfasser lobt im Gegensatz zu Roth und Gottstein die Durchleuchtung auch für den Kehlkopf, namentlich zur Beurtheilung der Consistenz von Tumoren. Dem Werth der Methode für die Erkennung des Empyems des Antrum stimmt er auch in vollem Maasse zu. Er giebt den Rath, etwaige Zahnplatten vorher aus dem Munde entfernen zu lassen. Dr. M. Schm.

Bemerkungen über Orbitaltumoren durch Schleimverhaltung im Sinus frontalis mit Fällen. (Remarks on orbital tumour from mucous distension of the frontal sinus, with cases.) Von Rich. Williams, Liverpool. (Lancet, 1. März 1890.)

Sie erscheinen ganz oben innen in der Orbita. Verf. glaubt, dass sie durch Eindickung des Inhalts zu Stande kommen. Durch Druck entleeren sie sich mitunter in die Nase. Die Behandlung verlangt die Wiederherstellung der Verbindung mit der Nase entweder durch Herstellung des natürlichen Canals oder durch Anlegung eines neuen, indem man den Knochen durchbohrt, was sehr leicht ist.

Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Entfernung der ganzen Parotis, Heilung, Krankenvorstellung. (Ablation totale de la parotide, guérison, présentation de l'opéré.) Von Dr. M. Polaillon. (Bulletin de l'académie de médecine de Paris, 20. August 1889.)

Selten ausgeführte Operation. Ein 5jähriger Knabe hatte einen cystischen pomeranzengrossen Tumor in der rechten Parotisgegend; die Diagnose lautete auf Adenom mit multiplen Cysten und einigen Enchondromknoten; der Facialis war nicht gedrückt. Durch einen T-Schnitt wurde der Tumor blossgelegt, mittelst Bistouri und Thermocauter von den Nachbartheilen entfernt; in der Tiefe der Wunde pulsirte die Carotis interna; der Tumor wurde entfernt, die Wunde heilte per primam; Wange und rechte Lippe blieben paretisch. Nach einem Jahre bildeten sich unter der Narbe kleine Cysten mit fungösen Vegetationen, welche die Haut durchbohrten; sie wurden mit dem scharfen Löffel entfernt; es traten Heilung und totale Facialislähmung ein. Seit 3 Jahren besteht vollständige Heilung, die totale Lähmung dauert fort; blos der Orbicularis palpebrarum hat so viel gewonnen, dass das Auge sich vollständig schliessen kann. Der Stenon'sche Canal ist vollständig geschlossen und nicht mehr zu entdecken. Patient klagt nicht über Trockenheit des Mundes; die anderen Drüsen vicariiren, die Sensibilität der Wange ist nicht herabgesetzt. Trotzdem Patient 9½ Jahre alt ist, fehlen der rechte obere Schneidezahn und die beiderseitigen Augenzähne. Varicöse Venen aussen und innen an der Wange wegen des Collateralkreislaufs, der sich nothwendiger Weise ausgebildet hat. Dr. P. K.

Eingebildete Fremdkörper im Pharynx. (Imaginary Foreign Bodies in the Throat). Von Max Thorner, Cincinnati, O. (The N.-Y. Med. Journ., 25. Januar 1890.)

Th. theilt die verschiedenen Fälle von eingebildeten Fremdkörpern in 3 Klassen ein:

1) Ein Fremdkörper gelangt in die Luftwege und hinterlässt das Gefühl, als ob er noch irgendwo in der Nähe sässe, nachdem er bereits entfernt wurde. Characteristisch ist folgender Fall: Einem 54jährigen Manne gelangt ein Knochen in den Nasenrachenraum und wird bald darauf vom Hausarzt entfernt. Trotzdem ist Patient der festen Ueberzeugung, dass der Fremdkörper noch immer an Ort und Stelle sässe. Dieser Glaube wird so stark, dass Patient melancholisch wird und Th. gegenüber erwähnt, er hätte in seinem Testament die Erlaubniss gegeben, nach seinem Tode den Schädel zu eröffnen. Man würde dann schon den Knochen finden. Jetzt sagte ihm Th., er würde ihm etwas geben, was den Knochen auflösen würde. Nach achtwöchentlichem Gebrauch von Bromkal. war Patient geheilt.

2) Pathologische Veränderungen verursachen das Gefühl eines Fremdkörpers.

3) Solche Patienten, bei denen nie ein Fremdkörper in die Luftwege gerathen war und bei denen auch nichts Pathologisches zu finden ist. Die Therapie dieser rein neurotischen Fälle ist sehr schwer. W. Fr.

Digitized by Google

Angioma des Larynx. (Un cas d'angiome du larynx.) Von Dr. Percy Kidd. (The Brit. med. Journal, März 1888 und Revue de laryngologie No. 7, 1889.)

Patientin zeigt seit 8 Jahren öfters Aphonie. Tumor am vorderen Ende des linken Stimmbandes; dunkelroth, 2lappig, etwas granulirt, mit breitem Stiel aufsitzend, beim Inspirium verschwindend, bei der Phonation emporgeschnellt. Extraction mittelst der Mackenzie'schen Zange. Das Microscop zeigte ein Angiom; einen seltenen Befund. Dr. P. K.

Heiserkeit bei berufsmässigen Sängern und deren Behandlung. (Hoarseness in Professional Singers, and its Treatment.) Von Charles E. Sajous, Philadelphia, Pa. (The Journ. of the Americ. Med. Assoc., 3. Mai 1890.)

In diesem sehr interessanten Artikel bespricht Verf. die verschiedenen Ursachen, die bei berufsmässigen Sängern zur Heiserkeit führen. Dazu gehört zunächst der Zustand, bei dem die Schleimdrüsen des Larynx keinen Schleim secerniren. Dieser Zustand, der häufig durch Einathmung von mit Tabakrauch geschwängerter Luft hervorgebracht wird, hat aber nichts mit der als Laryngitis sicca bekannten Affection zu thun, wo Secretion besteht, wenn auch nur eine pervertirte. Einen solchen Zustand mit Adstringentien zu behandeln, wäre natürlich sehr falsch. Zweitens gehören dazu diejenigen catarrhalischen Entzündungen, die durch Fortpflanzung von der Nase her entstanden sind und drittens Muskelschwäche, wie sie besonders häufig bei Operetten-Sängern zu sehen ist. — Die Therapie wird bei allen Punkten eingehend gewürdigt. W. Fr.

Bemerkungen über polypen- und tumorenartige Verdickung der falschen Stimmbänder. (Quelques considérations sur les hypertrophies des cordes vocales supérieures en forme de polypes ou de tumeurs.) Von Dr. Marty. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1888.)

Am häufigsten bei Tuberculose vorkommend, sieht man selbe auch bei sonst gesunden Individuen. Die functionellen Störungen sind nicht constant und hängen von der Grösse und Form der Tumoren ab. Prognose und Diagnose sind leicht; man muss sie nicht mit Polypen verwechseln. Die Behandlung besteht in der mechanischen Entfernung.

Verf. hat die Arbeiten von Schnitzler über tuberculöse Larynxtumoren, sowie diejenigen von Arthur Hennig in der Berliner klin. Wochenschrift übersehen. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den rheumatismalen Larynxerkrankungen. (Contribution à l'étude des manifestations laryngées du rhumatisme.) Von Dr. Laranza. (Revue générale de clinique de la thérapeutique, Juni 1888 und Revue de laryngol. No. 7, 1889.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines Arztes, der sich durch eine starke Erkältung einen Rheumatismus der wirklichen Larynxmuskeln zugezogen hatte. Die Diagnose wurde per exclusionem und durch das Nichtwirken der üblichen Medicamente gestellt. Das Natr. salicyl. allein half in wenigen Tagen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Sarcom der Glandula thyroidea. Von G. R. Turner. (Lancet, 31. Mai 1890.)

In der Clinical society of London beschrieb Verfasser einen Fall von Sarcom der Schilddrüse, welcher sich dadurch auszeichnete, dass nach der Tracheotomie der Tumor Anfangs fast ganz verschwand, beim Wiederkommen stellte es sich heraus, dass es ein Sarcom war. Auch nach einer zweiten Tracheotomie trat wieder eine starke Abschwellung ein. In der Discussion erwähnte Dr. Bowles, dass er bei Kocher in Bern einen Fall von malignem Tumor der Schilddrüse gesehen habe, in welche Kocher mit Erfolg einen grossen Theil der Luftröhre mit hinweggenommen habe. Der Kranke befand sich mit einer silbernen Röhre ganz gut.

Dr. M. Schm.

Ein Fall von Retrooesophagealabscess. (Un cas d'abcès retro-pharyngien.) Von Dr. J. Th. Richards. (Lancet, October u. Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Ein 3jähriges, mit Pott'scher Krankheit des oberen Rückgrades behaftetes Kind, ging nur auf den Händen mit steifem Nacken und nach links gebeugtem Kopfe. Alle Bewegungen sind schmerzhaft. Larynxpfeifen, rauhe Stimme, heiserer Husten. Schlucken leicht. Tod an Bronchopneumonie. Um die Trachea zahlreiche verkäste Bronchialdrüsen; hinter dem Oesophagus eiförmiger, fluctuirender, kastaniengrosser, vor der Wirbelsäule gelegener Tumor. Die Körper des 7. Halswirbels und des ersten Brustwirbels waren fast ganz zerstört, und bildeten den Boden des Abscesses. Die Körper der 2 folgenden Brustwirbel waren auch cariös. Der Fall ist insofern interessant, dass der Abscess tief sass und dass keine Schlingbeschwerden bestanden.

Dr. P. K.

Knochen zwischen dem ersten und zweiten Drittel des Oesophagus eingekeilt. Oesophagotomia externa. Heilung. (Arrêt d'un os à l'union du tiers supérieur et moyen de l'oesophage. Oesophagotomie externe. Guérison.) Von Dr. Ramon de la Sota. (Revue mensuelle de laryngol., September und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Manipulationen von unberufenen Händen sind gefährlich. Versuche, mittelst Fingers den Fremdkörper zu entfernen, können Entzündung hervorrufen, welche spätere chirurgische Eingriffe sehr erschwert. Zu heftige Extractionsversuche mittelst Instrumenten sind auch schädlich, weil schlechter Ausgang einer Oesophagotomie nicht von der Operation selbst, sondern von den Geschwüren des Oesophagus abhängt.

Dr. P. K.

Einkeilung eines Gebisses in die Speiseröhre während 15 Monaten. (Enclavement d'une plaque de dentier dans l'oesophage pendant quinze mois.) Von Dr. Henri Brigdman. (Lancet, September und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11.)

Gleich nach dem Unfall wurden mehrere Sonden bis in den Magen geführt, ohne den Fremdkörper zu fühlen. Leichte Athemnoth und Dysphagie trat ein, verschwand bald nachher, erschien dann wieder mit Husten und blutigem Auswurf. Während eines heftigen Aufstossens wurde das falsche Gebiss ausgehustet.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Die

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

tagt dieses Jahr in Bremen vom 15.—20. September 1890. Als Geschäftsführer fungiren die Herren Dr. H. Pletzer und Prof. Dr. Fr. Buchenau. Vorsitzender des Empfangs- und Wohnungs-Bureau's, an welchen man sich diesbezüglich zu wenden hat, ist Herr Hermann Frese, Ansgarii-Kirchhof No. 1.

In der Section für Ohrenheilkunde ist einführender Vorsitzender: Dr. med. Becker, vor dem Steinthor 91; Schriftführer: Dr. med. Hub. Duesterwald, Buntenthorssteinweg 8. — Angemeldeter Vortrag: Dr. Becker (Bremen): Ueber die Wirkungen der Seeluft und der Seebäder bei Erkrankung des Mittelohrs.

In der Section für Laryngologie und Rhinologie ist einführender Vorsitzender: Dr. med. Schaeffer, Kohlhökerstrasse 3; Schriftführer: Dr. med. Winkler, Fedelhören 29. — Angemeldete Vorträge: 1) Dr. Victor Lange (Kopenhagen): Thema vorbehalten. — 2) Dr. Kafemann (Königsberg): Thema vorbehalten. — 3) Dr. Max Schaeffer (Bremen): a. Ueber das Curettement des Larynx nach Heryng. b. Ueber 1000 adenoide Vegetationen. c. Ueber Angina Ludovici. d. Ueber Abscesse der Nasenscheidewand. — 4) Dr. Winkler (Bremen): Ueber den Zusammenhang des Stotterns mit Nasenleiden.

INHALT.

I. Originalien: Löwe: Die desinfectorische Gehörgangstamponade. (Fortsetzung.) — Schütz: Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle. — Ziem: Ueber den Nachweis der Naseneiterung im Allgemeinen. — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand. (Fortsetzung.) — Hopmann: Entgegnung. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Gomperz: Der Ohrschmerz und seine Behandlung. — Purjesz: Acute Entzündung der Trommelhöhle als Complication bei Influenza. — Haug: Das künstliche Trommelfell und die zu seinem Ersatze vorgeschlagenen Methoden. — b) Rhinologische: Löwenstein: Das Aristol in der Behandlung der Ozaena simplex. — Fox: Carcinom des Nasenrachenraumes. — Réthi: Neurosen, entstanden durch Behandlung des Naseninnern. — Raulin: Studie über den primären Lupus der Nase. — Blitz: Ein typischer Fall von Irritation der Augen, geheilt durch Behandlung der ursächlichen chron. Rhinitis. — Robinson: Ueber den Zusammenhang von peripheren Reizen mit Erkrankungen der Nase und des Pharynx. — Bosworth: Die wahren Beziehungen von Erkrankungen der oberen Luftwege zu den sogen. Nasen-Reflexen. — c) Pharyngo-laryngologische: Boeck: Ueber Mandelschanker. — Thompson: Ueber Gefühle, welche in den Mund verlegt werden. — Rice: Hypertrophie der Drüsen und des Bindegewebes an den Seiten des Pharynx. — Freudenthal: Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Highmorshöhle. — Williams: Bemerkungen über Orbitaltumoren durch Schleimverhaltung im Sinus frontalis mit Fällen. — Polaillon: Entfernung der ganzen Parotis, Heilung. — Thorner: Eingebildete Fremdkörper im Pharynx. — Kidd: Angioma des Larynx. — Sajous: Heiserkeit bei berufsmässigen Sängern und deren Behandlung. — Marty: Bemerkungen über polypen- und tumorenartige Verdickung der falschen Stimmbänder. — Laranza: Beitrag zur Lehre von den rheumatismalen Larynxerkrankungen. — Turner: Sarcom der Glandula thyroidea. — Richards: Ein Fall von Retrooesophagealabscess. — de la Sota: Knochen zwischen dem ersten und zweiten Drittel des Oesophagus eingekeilt. Oesophagotomia externa. — Brigdman: Einkeilung eines Gebisses in die Speiseröhre während 15 Monaten. — Bekanntmachung, betr. 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strühing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, August 1890.** **No. 8.**

I. Originalien.

Die desinfectorische Gehörgangstamponade.

Fortsetzung der vorläufigen Mittheilung
„Ueber eine neue Verbandmethode für das Ohr"
in No. 10 und 11 de 1888 dieser Monatsschrift.

Von

Dr. **Ludwig Löwe** in Berlin.

(Schluss.)

Es sei schliesslich gestattet, eine Parallele zwischen der desinfectorischen Gehörgangstamponade und den beiden bisherigen Methoden, der offenen und der Bezold'schen Borsäurebehandlung zu ziehen. Man wird so am ehesten die Vorzüge und Nachtheile jedes dieser Verfahren abzuwägen in der Lage sein:

I. Bei der offenen Methode fliesst das Secret in den Gehörgang und bleibt dort — ohne Schaden anrichten zu können — liegen, bis es durch Ausspritzen entfernt wird. So sollte es sein. In Wirklichkeit ist es aber anders. Das Abfliessen erfolgt nämlich nur zum Theil. Ein nicht unbedeutender Rest Secret bleibt im Cavum tympani zurück — das lehren Spiegeluntersuchung und Ausspritzung — und zersetzt sich daselbst, wodurch naturgemäss die Verheilung Störungen erleiden muss.

II. Mit der Bezold'schen Borsäurebehandlung steht es noch schlechter. Aus zwei Gründen. Zuvörderst, weil die Borsäure durchaus nicht völlig indifferent ist, sondern die Schleimhaut der Trommelhöhle, wenn

Digitized by Google

auch schwach, zur Secretion reizt. Zweitens weil das Secret ebenso wie bei der offenen Behandlung theilweise im Cavum tympani zurückbleibt und sich daselbst trotz der Anwesenheit des Acid. boricum zersetzt. Denn das in Trommelhöhle und Gehörgang liegende Borsäurepulver löst sich, davon kann man sich in jedem einzelnen Falle auf's Leichteste überzeugen, bei Berührung mit Secret nicht auf, desinficirt also auch nicht, sondern sintert zu steinharten Klumpen zusammen.

III. Betrachten wir dem gegenüber die desinfectorische Gehörgangstamponade. Dieselbe intendirt gar nicht, das Secret aus der Trommelhöhle zu entfernen, sondern beabsichtigt nur, es an einen ganz bestimmten Punkt, nämlich an die Saugfläche des Tampons heranzuziehen. Die Gehörgangstamponade setzt also einen regelmässigen Verbandwechsel voraus. Versäumt man diesen, so wird die Tamponadenmethode im höchsten Grade gefährlich, da ja bei ihr ein Entweichen des Secretes in den Gehörgang, wie es bei den beiden anderen Methoden immerhin, wenn auch unvollständig, stattfindet, absolut ausgeschlossen ist. Dies ist unzweifelhaft ein grosser Nachtheil der Sache. In dieser Beziehung steht die Tamponade den beiden anderen Behandlungsarten nach. Auf der anderen Seite gewährt sie jedoch den viel schwerer wiegenden Vortheil, dass sie (so lange die aufsaugende Kraft des Tampons vorhält) den in der Trommelhöhle zurückbleibenden Rest des Secretes auf eine einzige kleine Räumlichkeit beschränkt. Alle Zersetzungsprocesse müssen mithin an diesem Punkte, an der Saugfläche vor sich gehen. Es kann kein Secret versteckt in den Winkeln der Trommelhöhle liegen bleiben.

Allein schon hierdurch wäre die Tamponadentherapie den beiden anderen Methoden überlegen, wie sich das durch die schnelle und bedeutende Besserung der chronischen Catarrhe, selbst wenn man nur die einfache Tamponade anwendet, erweist.

In Praxi wird die Methode aber erst dadurch leistungsfähig, dass es ein einfaches Verfahren (nämlich die Borsäure-Einstäubung) zu finden gelungen ist, mittelst dessen der Schleimklumpen an der Saugfläche des Tampons bei nicht allzu starker Secretion für einige Stunden annähernd aseptisch gehalten werden kann. Da nun dieser Zeitraum in vielen Fällen genügt, um einen einfachen chronischen Trommelhöhlentripper (und ein solcher liegt, das kann nicht genug betont werden, immer vor; der feuchte Mittelohrcatarrh ist nichts Anderes, als das Homologon der Gonorrhoea der Harnröhre —) zur Verheilung zu bringen, so folgt hieraus die Verwendbarkeit des Verfahrens für Otitiden mit schleimiger resp. schleimigeitriger Secretion.

Die Methodik.

Die Tamponade kann selbstverständlich nicht eher angewendet werden, bevor nicht Gehörgang und Trommelhöhle gründlich gereinigt sind. Man muss deshalb zuvörderst ausspritzen. Indessen werden durch das blosse Ausspritzen, selbst wenn man die forcirte Methode, was ich stets thue, anwendet, die hier in Betracht kommenden Theile häufig nicht genügend vom Schmutz befreit. Das Spritzwasser nimmt ja nur diejenigen Unreinlichkeiten weg, die locker daliegen — also vornehmlich das Secret. Die Ablagerungen von Ohrenschmalz, Epidermisschüppchen etc. sitzen dagegen viel zu fest an, als dass sie durch blosses Ausspritzen entfernt

Digitized by Google

werden könnten. Sie müssen erst durch 24stündiges resp. noch längeres Einlegen von Oelwattetampons erweicht werden, ehe sie sich abspritzen lassen. Würde man diese Infectionsherde zurücklassen, so würde man den desinfectorischen Character der Gehörgangstamponade vereiteln. Denn die Berührung der Gehörgangswände lässt sich bei dem Einbringen der Wattebäuschchen nicht vermeiden. Sind die Wände des Meatus audit. externus also nicht ganz rein, so bleibt etwas Cerumen etc. am Wattebäuschchen kleben und wird mittelst desselben in's Cavum tympani transportirt. Das ist selbstverständlich das gerade Gegentheil von dem, was mit der Methode bezweckt wird.

Ebenso, wie der Gehörgang, muss auch die Trommelhöhle vor Anbringung der Tamponade gründlich von allen Unreinlichkeiten etc. befreit werden. Auch darf kein Spritzwasser im Cavum tympani oder Meatus zurückbleiben. Vielmehr muss auch dieses mittelst Wattetupfer eventuell unter Zuhilfenahme des Politzer'schen Verfahrens beseitigt werden. Sind sämmtliche Theile auf das Peinlichste von Epidermisschüppchen, Cerumen, Spritzwasser etc. befreit, so handelt sich's nunmehr darum, die dünne Borsäuredecke über eine möglichst grosse Strecke der Schleimhaut des Cavum tympani auszubreiten. Zu diesem Zwecke dient ein Doppelballon, der mit einem mit Borsäure gefüllten Pulverbläser armirt ist und dessen Luftreservoir comprimirte Luft von mindestens einer halben Atmosphäre Ueberdruck enthält.

Die Spitze des Pulverbläsers wird unter Führung des Spiegels bis nahe an die Perforation gebracht. Die Borsäure schiesst also unter hohem Druck in die Trommelhöhle ein. Zum kleinen Theil verbreitet sie sich daselbst diffus auf der Schleimhaut resp. dringt in das Innere derselben ein, zum grösseren bleibt sie als dicker Klumpen dem Trommelfellloch gegenüber liegen. Dieser Klumpen wird einfach dadurch weggeblasen, dass das Luftreservoir nunmehr mit einem gewöhnlichen Tubencatheter verbunden und dieser bis an die Perforationsöffnung geführt wird. Spiegelt man nach der Bepulverung, so sieht man eine dünne, durchsichtige Borsäuredecke über der Schleimhaut des Cavum tympani, soweit sie durch die Perforation sichtbar ist, ausgebreitet.

Es scheint von besonderer Wichtigkeit zu sein, dass die Borsäureeinblasungen unter hohem Drucke vor sich gehen. Wahrscheinlich liegt ein Theil des Erfolges hierbei daran, dass bei hohem Drucke die Borsäure sich sowohl besser ausbreitet, als auch tiefer in's Gewebe der erkrankten Schleimhaut eindringt.

Nach der Borsäurepulverung wird in gewöhnlicher Weise mit trockener Verbandwatte tamponirt.

Nach 24 Stunden wird der Tampon entfernt.

Sehr bald ist ein so günstiger Zustand erreicht, dass der Tampon nach 24stündigem Liegen gar keine Feuchtigkeit zeigt.

Jetzt muss der Tampon längere Zeit, erst 2, später 3—4 Tage liegen bleiben. Gerade hierin das Richtige zu treffen, erfordert einige Uebung, wie denn das Verfahren überhaupt in technischer Beziehung nicht ganz leicht ist. Die kleinen Manipulationen der Pulvereinblasung, die Einführung der Wattebäuschchen bis zur Schleimhaut des Cavum tympani — die Saugfläche liegt ja letzterer direct auf — und die Wieder-Entfernung der Watte aus der Trommelhöhle, all' das erfordert eine gewisse handwerksmässige, nur durch Uebung zu erlangende Kunstfertigkeit.

Digitized by Google

Besonders deshalb, weil Alles schmerzlos und rasch ausgeführt werden muss, da man ja häufig auch Kinder im zartesten Alter zu tamponiren hat.

Versiegt die Secretion vollständig, so manifestirt sich die definitive Heilung dadurch, dass die durch die Perforation hindurch sichtbare Strecke der Trommelhöhlenschleimhaut eine blass gelbgraue Farbe und trockene Beschaffenheit annimmt. Ist sie Jahre lang infiltrirt gewesen, so bildet sich auch wohl in Folge der bekannten Retractionsvorgänge und der damit zusammenhängenden Capillarverödungen eine grössere, quer über das Promontorium verlaufende Venenmasche aus. Der Tampon haftet dabei meist mittelst eines gelblichen, blassen, dünnen und glänzenden Häutchens fest an den Rändern der Perforation.

Hat die Schleimhaut noch die rothe Farbe beibehalten, so ist die Verheilung, selbst wenn kein Secret mehr angetroffen wird, noch nicht definitiv eingetreten.

Hat man Gelegenheit, einen durch die Gehörgangstamponade geheilten chronischen Mittelohrcatarrh nach mehreren Monaten wieder zu sehen, so findet man meist eine mässig starke Ansammlung von Ohrenschmalz über dem Tampon. Der Tampon reizt also bei längerem Verweilen die Ceruminaldrüsen in Etwas zur Absonderung. Oder es zeigt sich, dass der Tampon spontan bis zur Ohrmuschel vorgeschoben ist und im Begriffe steht, aus dieser, ganz in Cerumen eingehüllt, zu Tage zu treten. Nach Entfernung des Tampons liegt entweder die Schleimhaut der Trommelhöhle auffallend blass und trocken zu Tage, dann hat man nichts weiter nöthig, als ein neues, trockenes Wattebäuschchen bis an die Perforation zu führen, das bleibt daselbst als künstliches Trommelfell zeitlebens liegen (von Ausspritzungen oder Borsäurepulverungen kann keine Rede sein. Man würde ja die eben geheilte Trommelhöhle von Neuem zur Secretion reizen); oder man findet, dass ein höchst merkwürdiges Phänomen eingetreten ist, nämlich, dass sich die Perforation spontan unter der Einwirkung der Tamponade geschlossen hat. Das kommt bei Löchern, die 20 und mehr Jahre bestanden haben, vor und tritt ein, ohne dass man die Wundränder aufgefrischt hat. Offenbar handelt es sich hier in vielen Fällen nicht um eine wirkliche Narbenbildung mit bindegewebiger Grundlage, sondern nur darum, dass sich über die Lücke ein Epidermishäutchen geschoben hat. Dasselbe wirkt natürlich als das denkbar beste künstliche Trommelfell. Doch habe ich auch einige wenige Male Narben gesehen, die mir den Eindruck machten, als wenn sogar eine Restitution einer schwachen bindegewebigen Grundlage stattgefunden hätte. Immerhin thut man auch in diesen Fällen gut, um die Neubildung vor mechanischen Insulten zu schützen, ein Wattebäuschchen darüber zu breiten.

Resumé.

Es giebt 4 Arten der Gehörgangstamponade:

1) Die einfache Gehörgangstamponade. Trommelhöhle und Gehörgang werden mit reiner Verbandwatte ausgestopft. Die einfache Gehörgangstamponade ist nur bei rein seröser Beschaffenheit des Secretes in Anwendung zu ziehen.

2) Die desinfectorische Gehörgangstamponade. Ihr Wesen besteht darin, dass, nachdem zuvörderst der Gehörgang scrupulös gesäubert ist, eine schleierartige dünne Borsäuredecke über die zuvor gründ-

Digitized by Google

lich gereinigte und abgetrocknete Schleimhaut der Trommelhöhle gelegt resp. in's Innere der Mucosa getrieben wird und darauf erst die einfache Gehörgangstamponade folgt. Die desinfectorische Gehörgangstamponade ist bei allen schleimigen und schleimig-eitrigen Fällen in Anwendung zu ziehen.

3) Das künstliche Trommelfell in derjenigen Form, die sich aus der Tamponaden-Methode ergiebt.

Eine dünne, $^1/_4$—$^1/_2$ Mm. dicke Lage trockener Verbandwatte wird auf das Trommelfellloch gestopft und bleibt daselbst zeitlebens liegen. Zuvor müssen jedoch 2 Bedingungen erfüllt sein, nämlich

a) muss die Secretion vollständig erloschen sein,

b) muss die durch das Trommelfellloch hindurch sichtbare Strecke der Schleimhaut eine blassgraue Farbe angenommen haben. Sie darf durchaus nicht mehr in's Röthliche schimmern.

4) Die medicamentöse Gehörgangstamponade. Hierbei wird die Verbandwatte in feuchtem Zustande — mit Medicamenten durchtränkt — in den Gehörgang gebracht und bleibt daselbst tage- resp. wochenlang liegen. Der Verband ist so eingerichtet, dass die Watte während dieser ganzen Zeit feucht bleibt. Folgende Beispiele mögen das Wesen der medicamentösen Gehörgangstamponade erläutern:

a) Der Gehörgang sei von einer Aspergillus-Invasion befallen. Der ganze Gehörgang vom Trommelfell bis zur Ohrmuschel wird mit Wattebäuschchen austamponirt, die mit Sublimatlösung ($^1/_4$ pro Mille) angefeuchtet sind. Damit die Feuchtigkeit nicht verdunstet, wird entweder aussen drauf ein Wattebäuschchen gestopft, das mit Oel durchtränkt ist. Oder das alleräusserste Wattebäuschchen wird in trockenem Zustande in Collodium getaucht und auf den Ohreingang geklebt. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen. Die Aspergillus-Invasion befindet sich mithin einen vollen Tag unter der Einwirkung des Sublimats, was zur Abtödtung derselben genügt. An Stelle des Sublimats kann auch 3procent. Carbolöl genommen werden.

b) Die Gehörgangswände seien von einem chronischen Eczem, einer Psoriasis etc. befallen. Die Wattebäuschchen werden mit passenden Salben (Unguent. diachyli Hebrae, Unguent. Chrysarobini) durchtränkt und in diesem Zustande in den Gehörgang gebracht. Um eine innige Tränkung der Wattebäuschchen mit dem Medicamente zu erzielen, wird als Salbengrundlage Lanolin verwendet, das zu gleichen Theilen mit Olivenöl verdünnt ist. Also z. B.:

Empl. Lithargyr. simpl.	} ana	5,0.
Lanolini		
Ol. Olivarum		10,0.
Leni igni misce cum Acido carbolico . .		0,2.

S. carbolisirte Hebra-Salbe.

Mit dieser resp. einer homologen halbflüssigen Salbe werden die einzelnen Wattebäuschchen, bevor sie in's Ohr gebracht werden, vermittelst eines Glasstabes auf einer kleinen Glasplatte (einem gewöhnlichen Objectträger) verrieben.

c) Von besonderer Wichtigkeit ist die medicamentöse Gehörgangstamponade bei Ohrenschmalzpfröpfen. Auf die Aussenfläche des Ohrenschmalzpfropfes werden Wattenbäuschchen, die mit gewöhnlichem Olivenöl so stark getränkt sind, dass sie triefen, auftamponirt. Nach 24 resp. 48 Stunden wird forcirt ausgespritzt. Das Tragen der Oelwattebäuschchen verursacht dem Patienten nicht die geringste Unbequemlichkeit.

Digitized by Google

Das Verfahren hat der bisher gebräuchlichen Einträufelungsmethode gegenüber gewisse Vorzüge. Bei letzterer muss nämlich der Patient längere Zeit den Kopf horizontal mit der gesunden Seite nach unten halten, sonst fliesst das zur Erweichung eingeträufelte Medicament heraus. Diese Unbequemlichkeit fällt bei der Oelwattetamponade weg, weil durch den Wattetampon die Erweichungsflüssigkeit (nämlich das Olivenöl) spontan im Ohr zurückbehalten wird. An Stelle des Olivenöls kann man auch die Wattebäuschchen mit Sodalösung durchtränken und aussen drauf zur Verhinderung der Verdunstung ein Oelwattebäuschchen oder ein Collodiumwattebäuschchen tamponiren.

d) Eine ganz neue Verwendungsweise ist durch die medicamentöse Tamponade insofern gegeben, als durch sie eine gefahrlose und gründliche Beseitigung cholesteatomatöser Ablagerungen auf nicht operativem Wege ermöglicht wird.

Das Cholesteatom ist, darin stimmen ja so ziemlich alle Untersucher überein, nichts weiter, als eine Anhäufung von Epidermislamellen, die mit Cholestearincrystallen untermischt sind; oder mit anderen Worten, es kann, da es ja offenbar ein Product der Abschuppung der Gehörgangswände ist, als ein Ceruminalpfropf betrachtet werden, dem von den beiden Bestandtheilen eines solchen (Epidermis und Cerumen) das letztere fehlt. Diese Auffassung erklärt es, warum das Cholesteatom wie ein Ohrenschmalzpfropf behandelt werden, d. h. also zuvörderst mit Oelwattetampons erweicht und dann ausgespritzt werden muss.

In Berlin sind Cholesteatome ausserordentlich häufig; sie finden sich mindestens in jedem vierten oder fünften Fall von Otorrhoe. Auf ihr alltägliches Vorkommen wurde ich dadurch aufmerksam, dass ich, um die desinfectorische Gehörgangstamponade ausführen zu können, immer zuvörderst den Gehörgang von Cerumen befreien musste und hierzu die präliminarische Oeltamponade machte (siehe oben). Da fand sich nun häufig, dass in irgend einem Winkel des Gehörganges, meist hinten oben, dicht über und neben dem Trommelfell etwas Cerumen lag, das viel schwerer zu entfernen war, als das übrige Ohrenschmalz, so dass oft eine mehrwöchentliche Dauer der Oeltamponade erforderlich war. War endlich genügende Aufweichung erreicht, so entleerte sich beim Ausspritzen eine überraschend grosse Masse von Epidermislamellen, untermischt mit Cholestearincrystallen. Kurz, das Ganze erwies sich als echtes Cholesteatom von Erbsen- bis Kirschgrösse und mehr, von dem meist ein Theil noch in Trommelhöhle und Warzenzellen hineingeragt hatte, so dass auch diese Höhlen nach der Ausspritzung des Tumors eröffnet waren. Da, wo das Cholesteatom gelegen hatte, blieb eine roth ausgekleidete, unregelmässig gestaltete, oft mit polypösen Wucherungen und cariösen Stellen versehene, stinkende Flüssigkeit absondernde Höhle zurück. Ich stehe nach diesen Erfahrungen, die mir zu Dutzenden zu Gebote stehen, nicht an, die Erklärung zu wiederholen, die ich übrigens schon in der ersten Mittheilung de 1887 abgegeben habe, nämlich, dass die beste Art, ein Cholesteatom zu entfernen, darin besteht, es zuvörderst mit Oelwattetampons zu erweichen und dann auszuspritzen.

Digitized by Google

Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle.

Von

Dr. **G. Schütz** in Mannheim.

(Fortsetzung.)

Zuckerkandl hat, wie bekannt, in seiner so verdienstvollen Anatomie und Pathologie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge Fälle von Eiteransammlung im Sinus max. beschrieben, wobei die Membran mässig geschwellt, stellenweise ecchymosirt und mit dicklichem Eiter beschlagen war. Wie er selbst hervorhebt, betrafen seine Zergliederungen aber keine Erkrankungen der Kieferhöhle, welche von Entzündungen des Alveolarfortsatzes etc. oder von Zahncaries herrührten, vielmehr waren obige Zustände jedesmal Folge von Erkrankungen der gesammten Nasenschleimhaut, vornehmlich einer Rhinitis purulenta, welche sich auch auf die Kieferhöhle ausgedehnt hatte. Zuckerkandl nimmt an, das Empyem des Antrum max. komme dabei auf die Weise zu Stande, dass, während die Erkrankung der eigentlichen Nasenhöhle sich zurückbilde, der eitrige Catarrh der Kieferhöhle für sich weiter bestehe wegen der Behinderung des Eiterabflusses aus derselben, der durch das am obern seitlichen Umfang der Höhle gelegene Ostium nur unvollständig stattfinden könne. Ausserdem hält er es für möglich, dass sich auch aus einer Schleimansammlung im Antrum ein Empyem durch Zersetzung des längere Zeit stagnirenden Secrets entwickele.

Wenn wir nun diese letztere Entstehungsweise deshalb, weil bedeutendere Schleimansammlungen im freien Raum der Kieferhöhle zu den grössten Seltenheiten gehören, als in Wirklichkeit kaum vorkommend ausser Betracht lassen, so kann die Entstehung des Kieferempyems als Folge von Nasenblennorrhöen gewiss nicht in Abrede gestellt werden und zwar einmal deshalb, weil das Empyem hin und wieder bei vollständig gesundem Gebiss und Kiefer beobachtet wird und dann auch mit Rücksicht auf das, wenn auch seltene Vorkommen von Empyem der mit der Kieferhöhle anatomisch und physiologisch übereinstimmenden Siebbeinzellen, der Stirn- und Keilbeinhöhlen, deren isolirte Erkrankung doch unter keinen Umständen mit einer Zahnerkrankung in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden kann. Die Erfahrungen des letzten Jahrzehnts haben aber gezeigt, dass die oben angeführte Causalbeziehung von Nasenerkrankungen zu Antrumempyem nur bei einer Minderzahl von Fällen angenommen werden kann und dass demselben in den meisten Fällen eine Zahncaries zu Grunde liegt*).

Man hat früher (Wernher), und zum Theil geschieht dies heute

*) Es erscheint nicht überflüssig, darauf aufmerksam zu machen, dass der Causalzusammenhang zwischen Kieferhöhlenempyem und Nasenerkrankungen nur auf einer Annahme beruht, zu der man sich dann berechtigt glaubt, wenn Zahncaries nicht vorhanden ist. Um dieser Annahme aber die sichere Grundlage zu geben, dürfte die Forderung des jedesmaligen Nachweises der vorausgegangenen Nasenerkrankung — meines Wissens ist er bis jetzt selten oder gar nicht geliefert worden — nicht zu weit gehen, da recht wohl auch andere uns bis jetzt unbekannte Factoren bei der Entstehung unserer Krankheit eine Rolle gespielt haben können.

Digitized by Google

noch, gegen diese Pathogenese den Widerspruch angeführt zwischen dem so eminent häufigen Vorkommen der Zahncaries und dem so seltenen des Kieferhöhlenempyems. Seitdem man aber während des letzten Jahrzehnts mit Hilfe einer verbesserten Diagnostik so zahlreiche Fälle von Empyem festgestellt hat, dürfte dieser Einwurf hinfällig geworden sein. Ich glaube sogar, das heutigen Tages constatirte häufige Vorkommen des Empyems spricht nunmehr gegen den früher allgemein angenommenen jedesmaligen Zusammenhang mit einer purulenten Rhinitis, da diese (abgesehen von der Ozaena, bei welcher Empyem so gut wie nicht vorkommt) zu den selteneren Erkrankungen gehört.

Ueber die Pathogenese und pathologische Anatomie desjenigen Antrumempyems nun, als dessen Ursache wir Zahncaries beschuldigen, haben uns auch die zahlreichen neueren Veröffentlichungen wenig Aufschlüsse gebracht. Wir sind deshalb in Betreff der feineren, bei seinem Zustandekommen sich abspielenden Vorgänge und der ihnen zu Grunde liegenden Veränderungen der Kieferhöhlenauskleidungsmembran grösstentheils auf Vermuthungen angewiesen.

Am plausibelsten erscheint mir König's Auffassung, welche sich schon in früheren Auflagen seiner Chirurgie findet, dass nämlich bei der Entstehung eines Antrumempyems aus einer Zahncaries die nächste Folge des Fortschreitens der Eiterung, die ihren Weg nimmt von der Wurzelspitze des Zahnes durch die trennende Knochenschicht des Alveolarfortsatzes in die Highmorshöhle, die Bildung eines subperiostalen Abscesses unter deren Auskleidungsmembran ist. Denn für die vielfach stillschweigend angenommene Voraussetzung, dass die Eiterbacterien direct (ohne weitere Alterirung des Periosts) in die Kieferhöhle einwanderten und dort durch Infection der Schleimhautoberfläche einen eitrigen Catarrh mit ähnlichen anatomischen Veränderungen hervorriefen, wie in den von Zuckerkandl secirten Fällen, dafür giebt es meines Wissens keinen analogen Vorgang im Körper; andererseits aber gehört eine dem oben erwähnten Prozess ganz gleichwerthige Erscheinung, nämlich die Bildung von subperiostalen Abscessen auf der Aussenfläche des Alveolarfortsatzes, ebenfalls hervorgerufen durch Auswanderung von Eitermicroorganismen aus dem cariösen Erkrankungsherd — Parulis — zu den alltäglichen Erscheinungen. Von einem solchen subperiostalen Kieferhöhlenabscess wird man keinen anderen Verlauf erwarten dürfen, als von einem jeden anderen derartigen Abscess, z. B. einem Retropharyngealabscess, der bekanntlich trotz wochen-, selbst monatelangen Bestehens niemals einen purulenten Catarrh der Rachenschleimhaut hervorruft. Der Eiter wird also, nachdem er die nur locker am Knochen adhärente Auskleidungsmembran, deren äussere Schicht bekanntermaassen als Periost, deren innere als Schleimhaut fungirt, mehr weniger weit von ihrer Unterlage abgelöst und schliesslich perforirt hat, sich frei in die Kieferhöhle ergiessen. Als Empyem würde dieser Vorgang aber erst dann zu Tag treten, wenn der Eiter sich in grösserer Menge im Antrum ansammeln und dann durch das Ostium in die Nasenhöhle entleeren würde.

Für die Richtigkeit dieser Auffassung, dass nämlich das Zahncariesempyem einen subperiostalen Kieferhöhlenabscess zur Grundlage hat, spricht einigermaassen auch der in den meisten Fällen vorhandene eigenthümlich faulige Geruch des Empyemeiters. Diesen Geruch bezeichnen

Digitized by Google

alle Beobachter als ganz dem Fötor entsprechend, wie man ihn an dem Inhalt der alveolar-periostitischen oder sonstiger in der nächsten Nachbarschaft der Mundhöhle vorkommender Abscesse wahrzunehmen pflegt, und der von demjenigen bei Ozaena oder sonstigen Naseneiterungen vorhandenen sich wesentlich unterscheidet.

Was nun den weiteren Verlauf obiger subperiostalen Kieferhöhleneiterung nach erfolgter Perforation der Schleimhautdecke anlangt, so scheint eine Spontanheilung schon mit Rücksicht auf die durch die anatomischen Verhältnisse bedingte Verhinderung einer ausreichenden Entleerung des Abscesseiters nicht sehr wahrscheinlich, keinesfalls aber möglich, so lange die Ursache der Eiterung, der cariöse Zahn, nicht entfernt ist. Sehen wir ja auch äussere Zahnabscesse, selbst wenn sie breit incidirt und durch Andrücken des Fingers regelmässig entleert werden, einer Ausheilung hartnäckigen Widerstand entgegensetzen, so lange der kranke Zahn noch vorhanden ist.

Es wäre nun, wenn wir uns zu der weiteren Frage wenden, zu dem Verhalten der Schleimhautoberfläche gegenüber dem in das Antrum ergossenen und in ihm mehr weniger stagnirenden Eiter, mit Rücksicht auf die oben auseinandergesetzte geringe Empfänglichkeit der Schleimhautoberfläche für Eiterinfection wohl denkbar, dass eine Zeit lang die Schleimhaut unverändert bleibt, sich also an der Eiterproduction nicht betheiligt und der aus der Nase abfliessende Eiter ausschliesslich Inhalt des subperiostalen Abscesses ist. Eine Bestätigung dieser Möglichkeit scheint mir das Verhalten von einzelnen Kieferempyemen unseren therapeutischen Maassnahmen gegenüber zu enthalten. Ob die von Zahnärzten aufgestellte Behauptung, dass man Empyeme einfach durch Ausziehen des kranken Zahnes heilen könne, richtig ist, kann ich nicht beurtheilen. Sie würde, falls sie sich bestätigen sollte, den gleichen Heilungsvorgang darstellen, wie bei der Parulis nach der Zahnextraction. Was aber ausser allem Zweifel steht, ist die günstige und häufig in überraschend kurzer Zeit zur Heilung des Empyems führende Einwirkung der Durchspülungen der Kieferhöhle

Wie bekannt, haben die Aus- und Durchspülungen der Nase bei Catarrhen, insonderheit bei Blennorrhoen derselben, mittelst der Nasendouche, in Betreff deren man sich bei ihrer Einführung so grossen Erwartungen hingab, in den letzten Jahren ihren Credit grösstentheils eingebüsst, und die meisten Rhinologen wenden sie nur noch zur Desinfection und zur mechanischen Fortschaffung der Borken bei Ozaena an. Und diese selben Durchspülungen, denen man (z. B. Bresgen) jeglichen eigentlichen curativen Werth für die Nasenerkrankungen abspricht, sollten im Stande sein, einen eitrigen Catarrh der Kieferhöhle nach monatelangem und selbst längerem Bestand binnen wenigen Tagen oder Wochen zur Heilung zu bringen*)? Wenn wir eine solche Möglichkeit als widersinnig verneinen, so werden wir anderenfalls zugeben müssen, dass eine

*) Auf der vorjährigen Naturforscher-Versammlung in Heidelberg hat Krause eine Behandlungsweise mitgetheilt, mittelst deren es ihm gelang, eine grössere Anzahl von Kieferhöhlenempyemen binnen wenigen Tagen zu heilen. Krause lässt nach vorheriger Eröffnung und Durchspülung der Höhle einen kräftigen Luftstrom durchstreichen zum Zweck ihrer Austrocknung und bläst alsdann Jodoformpulver ein. Dass eine solche oder ähnliche Behandlung

Digitized by Google

Kieferhöhleneiterung, welche bei normaler Schleimhaut durch eine subperiostale Eiterung unterhalten wird, in der angegebenen raschen Weise zur Heilung sehr wohl kommen kann, wenn nach Entfernung der Ursache, des kranken Zahnes also, der Abscesseiter mittelst Durchspülungen in hinreichender Weise entfernt wird.

Dann werden aber auch Fälle vorkommen — unter welchen Umständen wissen wir nicht —, wo die Schleimhaut der Einwirkung des auf ihrer Oberfläche stagnirenden Eiters weniger lange Widerstand leistet, in den Zustand des purulenten Catarrhs versetzt wird und sich mehr weniger an der Eiterproduction betheiligt oder sie ausschliesslich leistet. Letzteres müssten wir dann annehmen, wenn trotz Anwendung der sonst erfolgreichen Behandlung das Empyem weiterbesteht. Es sind das diejenigen Fälle, zu deren Behandlung uns Küster und Billroth besondere Methoden angegeben haben, welche in directem Gegensatz zu der rhinologischerseits eingeführte Therapie stehen, nämlich Anlegung einer breiten Abflussöffnung, Austrocknung der Höhle durch Jodoformgaze, eventuell Ausschaben der Granulationen. Es würden dabei, wie bereits angedeutet, tiefgehende Veränderungen der Schleimhaut vorauszusetzen sein, die nach Analogie anderer an purulentem Catarrh erkrankter Schleimhäute (z. B. derjenigen des Mittelohrs, welche mit der Auskleidungsmembran der Kieferhöhle nach Politzer grosse Aehnlichkeit hat und deren pathologische Veränderungen uns genauer bekannt sind) zunächst bestehen würden in einer Massenzunahme der Membran, bedingt durch Rundzelleninfiltration, Gefässerweiterung und -Neubildung und weiterhin nach Abstossung des Epithels in einer Umwandlung der subepithelialen Schicht in eine eiternde Granulationsfläche.

Von Wichtigkeit erscheinen mir in dieser Beziehung die Mittheilungen, welche Dr. Grünfeld und Dr. Maydl am Ende vorigen Jahres im Wiener Aerztecollegium bei den Verhandlungen über das Kieferhöhlenempyem gemacht haben in Betreff der pathologischen Veränderungen der Kiefermucosa am Lebenden.

Dr. Grünfeld hat 2 Empyemkranke nach vorheriger Durchspülung der Highmorshöhle vom Bohrloch aus endoscopisch untersucht und fand bei dem einen die Schleimhaut gefässarm, glatt und von normaler Farbe, bei dem andern war sie verdickt, stark geröthet, in ihrem Aussehen der entzündeten Wangenschleimhaut entsprechend. Dr. Maydl hat eine Anzahl von veralteten Fällen nach Billroth's Methode operirt, indem er von der Gesichtswand der Kieferhöhle ein grösseres Stück entfernte und darauf mit dem scharfen Löffel Granulationen von der Auskleidungsmembran abschabte. Ob in Grünfeld's 2. Fall die Schleimhaut den Eiter theilweise oder vielleicht auch ganz secernirt hat, will ich dahingestellt sein lassen; jedenfalls würden wir für seinen 1. Fall an ein Empyem, hervorgerufen und unterhalten durch eine subperiostale Kieferhöhleneiterung, zu denken haben, denn eine normal aussehende Schleimhaut producirt keinen Eiter. In Maydl's Fällen hat es

eine eitrige Rhinitis zur Heilung bringen könne, ist noch von Niemandem beobachtet oder behauptet worden. Dieses abweichende Verhalten des eitrigen Nasencatarrhs und der Kieferhöhleneiterung der Jodoformbehandlung gegenüber scheint mir ein weiterer schwerwiegender Beweis dafür, dass die beiden Affectionen zu Grunde liegenden pathologischen Veränderungen verschiedener Natur sind.

Digitized by Google

sich um vollständige Desorganisation der Mucosa, um eine Umwandlung derselben in ein Eiter secernirendes Granulationsgewebe gehandelt.

So beachtenswerth diese Beobachtungen auch sind, so können sie doch die sichere Grundlage der Leichenöffnungen nicht ersetzen. Es wäre deshalb, ich möchte das nochmals betonen, sehr zu wünschen, dass da, wo das nöthige Material zur Verfügung steht, durch Sectionen (auch wohl durch das Thierexperiment) unsere Kenntnisse über Pathogenese und pathol. Anatomie unserer Erkrankung baldigst vervollständigt würden. Damit würde eine Lücke ausgefüllt, welche bislang eine rationelle, alle Fälle umfassende Therapie verhinderte.

Wenn wir somit in Betreff der bisher erörterten Verhältnisse eine sichere Aufklärung erst von der Zukunft zu erwarten haben, so glaube ich andererseits, dass unsere heutigen Kenntnisse und Erfahrungen uns jetzt schon gestatten, über eine weitere Entwicklungsphase, welche man dem Kieferhöhlenempyem meist auf theoretische Voraussetzungen hin zuschreibt, nämlich über eine mit der Eiteransammlung verbundene Ectasie der knöchernen Kieferhöhlenwandungen, zu einer bestimmten Entscheidung zu kommen.

Von jeher hat man die Eiterungen der Highmorshöhle eingetheilt in solche, bei denen die Communicationsöffnungen mit der Nase offen und in solche, bei denen sie durch Schleimhautschwellung verlegt sind, und hat erstere, die unter den Erscheinungen der einseitigen Naseneiterung verlaufen, als Blennorrhöen der Highmorshöhle bezeichnet, die letzteren, welche aus ersteren hervorgehen und zu einer Ectasie dieser Höhle führen sollten, als eigentliche Empyeme. Und merkwürdigerweise haben an diesen Anschauungen, welche schon in Chelius' Chirurgie ausführlich niedergelegt sind, auch die neueren Forschungen und clinischen Beobachtungen wenig geändert, obgleich sie jene in keiner Weise bestätigt haben. Wir sollten vielmehr der Thatsache Rechnung tragen, dass ein Fall von Kieferhöhlenectasie in Folge von Eiteransammlung bei Verschluss des Ostium max. in zuverlässiger Weise bis jetzt nicht nachgewiesen ist, und demgemäss uns vorläufig mit der Bezeichnung „Empyem" begnügen, welche nichts weiter besagt, als wir wissen, nämlich die Anwesenheit von Eiter in der Highmorshöhle*).

(Erst wenn es uns gelungen ist, die diesem Symptom im einzelnen Fall zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen der Kieferhöhlenauskleidungsmembran zu erforschen, wird es an der Zeit sein, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der ätiologischen Momente besondere Arten dieses Empyems aufzustellen.) (Schluss folgt.)

*) Weinlechner hat in No. 8 der Wiener clin. Wochenschschrift 1888 einen Fall von Auftreibung der Kieferhöhle durch Eiteransammlung beschrieben. Mir scheint aber derselbe — abgesehen davon, dass er erst 3, vielleicht erst 6 Jahre nach Beginn der Erkrankung in Weinlechner's Behandlung kam — nicht beweisend zu sein. Höchst wahrscheinlich hat es sich dabei ursprünglich um eine den Sinus max. ausfüllende und schliesslich auftreibende Cyste gehandelt, deren Inhalt erst später nach der Incision eitrige Beschaffenheit annahm. Wie denn auch Weinlechner angiebt, dass sich bei der ersten Eröffnung eine gelbliche, seröse Flüssigkeit entleert habe, welcher Cholestearincrystalle beigemengt waren.

Digitized by Google

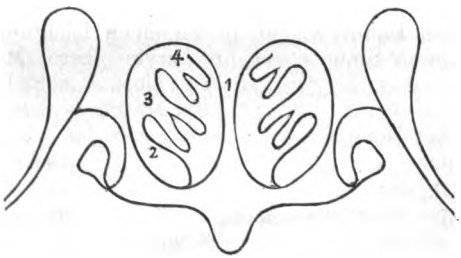
Sagittale Spalten der hinteren Enden beider Siebbeinmuscheln.

Von

Dr. **J. Killian**, Worms a. Rh.

Vor etwa 2 Jahren hatte ich Gelegenheit, bei einer Patientin ein Choanenbild zu sehen, welches meine Aufmerksamkeit erregte und wohl verdient, festgehalten zu werden. Man sah beiderseits die hinteren Enden der sämmtlichen drei Muscheln. Wie gewöhnlich war von den unteren Muscheln nur der obere Theil ihres Schlundendes sichtbar; dagegen traten die hinteren Enden der oberen oder Siebbeinmuscheln in aller Schärfe hervor und zeigten beiderseits folgende Eigenthümlichkeit: Ein tiefer, lanzettförmig umränderter Spalt theilte jedes Muschelende in 2 Lefzen, welche sich lateralwärts und oben wieder zu einem einfachen, ungetheilten Anheftungsstücke vereinigten.

Zur Erläuterung des Gesagten diene folgende Skizze; dieselbe giebt die Projection der Theile des Choanenbildes auf eine und dieselbe Frontalebene, während in Wirklichkeit, abgesehen von Scheidewand und Choanenrand, diese Theile in immer weiter nach der Nasenspitze zu gelegenen Parallelebenen sich befinden, wenn man bei der Besichtigung von der ventralen zur dorsalen und von der lateralen zur medialen Richtung fortschreitet.



1. Scheidewand; 2., 3., 4. untere, mittlere, obere Muschel.

Soweit der Blick in die Tiefe drang, liess sich ein vorderes Ende der Spalten nicht erspähen; auch wollte es nicht gelingen, durch vordere Rhinoscopie im Verlaufe der mittleren Muschel eine längsverlaufende Rinne oder Spalte sichtbar zu machen, was ja sonst nicht eben allzu selten der Fall ist. Ein derartiger Befund war mir bisher noch nicht aufgefallen, weshalb ich seitdem bei jeder Spiegeluntersuchung darauf achtete. Trotzdem war ich bisher nur noch in einem Falle in der Lage, jene Spalten im hinteren Ende der mittleren Muscheln zu sehen. Dagegen fand ich den Spalt im hinteren Theile der oberen Muscheln ziemlich häufig, wofern nur diese selbst in genügender Ausdehnung sich überschauen liessen. Dieses scharfe und deutliche Hervortreten der betreffenden Gebilde aus der Umgebung ist unerlässlich, um vor irrthümlicher Annahme von Rinnen und Spalten hier bewahrt zu bleiben; davon hatte ich im Laufe meiner Beobachtungen reichlich Gelegenheit, mich zu über-

Digitized by Google

zeugen. Wenn ich nun aus dem Ergebnisse meiner Nachforschungen zu der Annahme gelangte, dass die in Rede stehende Variante des Choanenbildes eine ungewöhnliche sei, so glaube ich nach Durchsicht der Literatur behaupten zu dürfen, dass ein solcher Befund bisher nicht beschrieben worden ist. Die Abbildung Czermak's[1]) zeigt links in der Gegend des hinteren Endes der mittleren Muschel eine Spalte, welche oben, lateral mit dem Umriss der Choane zusammenfliesst; es ist ganz unmöglich, genau zu bestimmen, wie dies Bild zu deuten ist.

Noch unverständlicher ist das Choanenbild von Merkel[2]). Dagegen überraschen die schönen Tafeln Semeleder's[3]), welcher in 5 seiner 12 Bilder die oberen Muscheln zeichnet. Er sagt von dem rhinoscopischen Bilde: „ . . . . . unten jederseits ein unvollständiges Bild der unteren Muschel, darüber die mittlere, als ein rundlicher Kolben nach innen und unten gerichtet, von der vorigen theilweise bedeckt, endlich die obere Muschel hell beleuchtet als schmale kurze Leiste." Türck[4]) beschränkt sich auf eine Aufzählung der Muscheln. Moura[5]) sieht: „parfois même une assez grande étendue de ces cornets et des méats" l. c. p. 136, und pag. 144: „Les cornets moyens, situés plus haut et moins saillants présentent une surface plus allongée, lisse, d'un blanc terne et légèrement contournée en dehors". Auch Michel[6]), Voltolini[7]), Störck[8]), Mackenzie[9]) und die späteren bis herauf zu Moldenhauer[10]) und Schech[11]) erwähnen keiner Beobachtungen, wie die meinigen sind. Der letztere Autor berichtet kurz (l. c. pag. 240), Verdoppelung der mittleren Muschel gesehen zu haben, ohne jedoch anzugeben, ob dieselbe im Choanenbild sichtbar war. Dagegen behauptet L. Löwe[12]), eine vierte Muschel gesehen zu haben: „als eine schmale, schräge Leiste mit abgerundetem hinteren Ende, welche in derselben Richtung verläuft, wie die bisher im engeren Sinne sogenannte erste (obere) Muschel, die ungefähr 1—2 Mmtr. unter ihr gelegen ist." Ebenso sieht P. Heymann[13]) „ab und zu sogar noch eine kleine vierte Muschel, ... deren Vorkommen kein so seltener Befund ist, als man gemeinhin annimmt".

Fragen wir nun nach der anatomischen Werthschätzung der beschriebenen Spalten der hinteren Enden der Siebbeinmuscheln, so ist hierüber ein Zweifel wohl nicht leicht möglich. „Die innere Fläche des Siebbeins besitzt im Neugeborenen stets mindestens 3 Furchen, von wel-

---

[1]) Der Kehlkopfspiegel etc., pag. 32.
[2]) Die Functionen des menschlichen Schlund- und Kehlkopfes.
[3]) Die Rhinoscopie. Leipzig 1862.
[4]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes etc., pag. 113.
[5]) Traité pratique de laryngoscopie, pag. 136.
[6]) Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes.
[7]) Rhinoscopie und Pharyngoscopie. 1879; und: Die Krankheiten der Nase. 1888.
[8]) Laryngoscopie und Rhinoscopie.
[9]) Die Krankheiten des Halses und der Nase Deutsch von F. Semon.
[10]) Die Krankheiten der Nasenhöhle.
[11]) Die Krankheiten der Mundhöhle etc. 1890.
[12]) Beiträge zur Anatomie der Nase und Mundhöhle. Berlin 1890. Ref. in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1879, pag. 43.
[13]) Die Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes. 1884.

Digitized by Google

chen eine während der Entwicklungsperiode verschwindet, da man unter gewöhnlichen Verhältnissen an der medialen Wand des Siebbeins nur 2 Fissuren findet, die den oberen und obersten Nasengang repräsentiren. Ausnahmsweise persistirt die überzählige Furche." Soweit Zuckerkandl[14]). Am ungezwungensten werden die beschriebenen sagittalen Spalten der hinteren Enden der mittleren Muscheln als persistirende dritte Siebbeinfurchen anzusprechen sein, wobei es sich um eine ungewöhnlich weit nach hinten reichende Spaltung der Muschel handelt im Gegensatz zu den relativ häufigen Zweitheilungen dieser Muscheln im vorderen und mittleren Drittel ihres Verlaufes.

Schwalbe[15]) sagt: „Seltener ist eine Zweitheilung der mittleren Muschel angedeutet. Im letzteren Falle kann man von einer Zusammensetzung des (Ethmoturbinale) Muscheltheils des Siebbeins aus 4 Muscheln reden, entsprechend den 4 Wülsten (Ethmoidalzähnen), welche bei den meisten Säugethieren von der Lamina cribrosa ausgehend, die Ausbreitung des Geruchsnerven tragen." Die Spalte im hinteren Ende der oberen Muschel ist unzweifelhaft jene Siebbeinfurche, welche Zuckerkandl als obersten Nasengang, H. Mayer und Schwalbe als Recessus spheno-ethmoidalis bezeichnen.

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand.

Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Nasenpolypen, des Empyems der Oberkieferhöhle und der Ozaena simplex.

Von

Dr. **Em. Kaufmann,**

Docent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten an der k. k. böhm. medicin. Facultät in Prag.

(Schluss.)

d) Als sehr bemerkenswerth müssen wir das Vorkommen des lateralen Schleimhautwulstes bei Ozaena simplex bezeichnen, weil es uns geeignet scheint, ein Streiflicht auf die annoch so dunkle Aetiologie dieses Leidens zu werfen.

Mit der Aetiologie der Rhinitis foetida (atrophicans) verhält es sich nämlich ebenso, wenn nicht noch schlimmer, wie mit jener der Nasenpolypen, indem wir mit Moldenhauer (l. c. S. 90) vorläufig zugestehen müssen, dass sie in der Hauptsache noch wenig aufgeklärt ist.

Seitens einiger Autoren (B. Fränkel, Bresgen, Gottstein u. A.) wird die genuine Ozaena als eine besondere Form des chronischen Nasencatarrhes resp. als weniger gewöhnliches Endstadium desselben aufgefasst und beschrieben.

---

[14]) Normale und pathol. Anatomie der Nasenhöhle, pag. 187.
[15]) Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane, pag. 60.

Digitized by Google

Auch Zuckerkandl (l. c. S. 94) ist der Meinung, „dass die Ozaena simplex ein chronischer, hypertrophischer Catarrh der Nasenschleimhaut ist, in dessen Gefolge es zum Schwunde der Nasenschleimhaut und der Muschel kommt. Die Nebenhöhlen verhalten sich der Ozaena gegenüber verschieden, indem sie einmal miterkranken, ein ander Mal nicht."

Moldenhauer (l. c. S. 89) führt dagegen an, „dass weder das anatomische, noch das klinische Bild der Ozaena simplex in dem Stadium, wie es uns meist entgegentritt, an den Begriff eines Catarrhes erinnert. Noch bedenklicher sei es, die Rhinitis atrophicans als Endstadium eines im Anfang mit Hypertrophie des Gewebes einhergehenden chron. Nasencatarrhs aufzufassen, da Niemand bisher diesen Entwicklungsgang trotz der ungeheuren Häufigkeit, in der diese beiden Krankheitsformen uns begegnen, Schritt für Schritt verfolgt und den stricten Beweis des innigen Zusammenhanges beider erbracht hat."

Nach Ziem und Kurz ist die Muschelatrophie die Folge eines intensiven chronisch-eitrigen Nasencatarrhes, Nasenblennorrhoe.

Voltolini (Die Krankheiten der Nase etc. Breslau 1888. S. 243) stimmt Moldenhauer und Zuckerkandl im Allgemeinen bei, Letzterem jedoch nur mit Ausnahme der vorangegangenen Hypertrophie, da zwar im Anfange der Erkrankung natürlich wie bei jedem Reizzustande das Schwellgewebe der Nase anschwellen könne, ohne dass man deshalb ein besonderes Stadium der Hypertrophie anzunehmen brauche.

Ferner sollen in der Aetiologie der genuinen Ozaena dyskrasische Processe (Scrcphulose, Tuberculose, Syphilis), Anomalien der Blutmischung (Schech) und bestimmte Erkrankungsformen, wie Masern, Diphtherie, Typhus, Puerperalprocess, welche ebenfalls mit Anomalien der Blutmischung und der Ernährung einhergehen, eine gewisse Rolle spielen.

Michel (Die Krankheiten der Nasenhöhle. Berlin 1876) nimmt an, dass die Ozaena hauptsächlich auf einer eitrigen Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase, insbesondere der Sieb- und Keilbeinhöhle beruhe. Die Oberkieferhöhle scheint ihm bei Ozaena in der Regel nicht betheiligt zu sein.

Ziem und Andere machen die Uebertragung von faulenden Stoffen aus der Mundhöhle, z. B. von cariösen Zähnen, dafür verantwortlich. Löwenberg (1885) hat im Nasensecret bei Ozaena einen specifischen Coccus nachgewiesen, der als gewöhnlicher Fäulnisscoccus nicht aufgefasst werden kann.

Moldenhauer (l. c.) und Voltolini (l. c.) wenden sich mehr oder weniger entschieden gegen die Dyscrasien als Entstehungsursache der Ozaena; Ersterer, weil wir der Erkrankung häufig auch bei Individuen begegnen, bei denen erwähnte disponirende Ursachen nicht anzutreffen sind und die ausserdem noch in günstigen äusseren Verhältnissen leben. Es könne demnach auch die gesunde Nasenschleimhaut eines gesunden Menschen in einen Zustand der Atrophie aus uns bisher unbekannten Ursachen verfallen. (Schech hingegen erinnert sich keines einzigen Falles von genuiner Ozaena, deren Träger nicht Spuren von Anämie, Chlorose, Scrophulose oder Tuberculose aufzuweisen gehabt hätte.) Voltolini macht darauf aufmerksam, dass genuine Scrophulose Knaben wie Mädchen, vorzugsweise Kinder armer Familien befalle, wogegen er die Ozaena fast ausschliesslich beim weiblichen Geschlechte beobachtet haben

Digitized by Google

will, in einigen sehr seltenen Fällen auch beim Knaben und Manne, — obzwar hier die Frage, ob nicht etwas Anderes zu Grunde lag; ferner, dass die genuine Ozaena ebensowohl in vornehmen und wohlhabenden Familien vorkomme. Bezüglich der constitutionellen Syphilis als Entstehungsursache der Ozeana stimmen so ziemlich alle Beobachter überein, dass die eine mit der anderen durchaus nichts zu thun habe.

Contra Löwenberg macht Moldenhauer geltend, dass der betreffende Pilz niemals in einer gesunden Nase gefunden wird, sondern nur auf einer schon pathologisch veränderten Schleimhaut die Bedingungen einer gedeihlichen Entwickelung geboten erhält, so dass sich diese Entdeckung für die Aetiologie der Ozaena nicht verwerthen lässt.

Der Ansicht Michel's widerstreiten vor Allen wiederum Moldenhauer und Voltolini. Dieser, indem er nach seinen Erfahrungen glaubt, dass wenn die Nebenhöhlen erkranken, dies erst secundär von der Nase aus geschieht, dass in Folge Gefäss- und Drüsenmangels (Kölliker, Luschka) die Auskleidung der Nebenhöhlen viel seltener primär erkrankt, als die der Nasenhöhle, überhaupt auch nicht so leicht, selbst wenn die Nasenhöhle krank ist, ferner dass er in einer zahllosen Menge von Ozeana selten die Nebenhöhlen, wenigstens nicht die Sinus frontales und das Antrum Highmori erkrankt gesehen habe; in der Diagnose könne er sich nicht geirrt haben, weil sich die Erkrankungen der genannten Höhlen doch sehr bestimmt durch Schmerz und Anschwellung markiren (?).

Ferner wollen B. Fränkel, Hartmann und Zuckerkandl die Unrichtigkeit der Ansicht Michel's durch Sectionen nachgewiesen, d. h. die Nebenhöhlen bei Ozaena in der Regel intact und nur gelegentlich miterkrankt gefunden haben. — Da die genuine Ozaena vorzugsweise beim weiblichen Geschlechte vorkommen soll, bei welchem das Blut- und Gefässsystem eine grosse Rolle spielt, entsteht nach Voltolini die Frage, ob nicht vorzugsweise das Leiden in einer Erkrankung der Nasengefässe bestehe. — Kurzum, es ist so ziemlich Alles, was bisher in Bezug auf Aetiologie und Entstehungsursachen der Ozaena von der einen Seite vorgebracht wurde, wiederum von Anderen widerlegt worden, so dass uns die Aetiologie des Leidens heutzutage noch recht unklar ist.

Nach dieser Abschweifung wollen wir uns unseren eigenen, diesbezüglich gemachten Beobachtungen zuwenden, wobei wir jedoch nicht anstehen, die im Weiteren entwickelten Folgerungen als vor der Hand noch nicht absolut sicher gestellt, demnach mehr als Wahrscheinlichkeitsschlüsse zu bezeichnen, deren endgiltiger Beweis noch viel zahlreicherer als der hier gegebenen Beobachtungen bedarf.

Wie aus der Tabelle ersichtlich, haben wir den lateralen Schleimhautwulst nicht allein bei solitärem oder mit Nasenpolypen complicirtem Antrumempyem, sondern nebstdem noch 8 Mal bei Ozaena simplex und ein letztes Mal sogar ohne irgend nachweisbare, anderweitige Erkrankung der Nasen- und der Nebenhöhlen angetroffen.

In diesen 9 Fällen war der Wulst allemal doppelseitig und mit drei Ausnahmen zugleich auch die nasale Wand der Oberkieferhöhle deutlich vorgewölbt.

Der Zahnbefund am Oberkiefer war blos bei 2 Kranken normal, wogegen die Uebrigen mit Caries oder Verlust eben jener Zahngruppen

Digitized by Google

behaftet waren, welche zu Antrumempyem in ursächlicher Beziehung stehen. Im Gegensatze zu den früheren Fällen war hier der Uebergang des lateralen Wulstrandes in die benachbarte Schleimhaut in der Regel ein allmähliger.

Da schon Gottstein (Real-Encyclopädie etc. Band IX, Seite 449. Wien und Leipzig 1881) des gleichzeitigen Vorkommens von Atrophie und Hyperplasie der Schleimhaut in einer und derselben Nasenhälfte erwähnt, Moldenhauer (l. c. S. 89) jedoch diese angeblich nicht seltene Beobachtung auf einen Irrthum zurückführt, da der Gegensatz, den eine atrophische Schleimhautpartie zu der Umgebung bildet, eine Hyperplasie an letzterem Orte leicht vortäuschen kann, müssen wir, um einer ähnlichen Entgegnung im vorhinein zu begegnen, hervorheben, dass in einigen unserer Ozaenafälle der Wulst derart entwickelt war, dass er die Nasenscheidewand berührte, somit eine optische Täuschung ausgeschlossen ist.

Nun wissen wir von früher her, dass der laterale Schleimhautwulst seine Entstehung ausschliesslich einem entweder bestehenden oder vorangegangenen Antrumempyeme verdankt. Dass eben dasselbe auch in Bezug auf unsere Ozaenafälle gilt, unterliegt keinem Zweifel. Erstens kann die Schleimhauthyperplasie an der äusseren Nasenwand unmöglich, noch weniger aber die Vorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwand in Folge des atrophischen Processes entstanden sein. Angenommen selbst, dass der Atrophie ein chronischer hypertrophischer Nasencatarrh vorangegangen wäre, könnten wir den Schleimhautwulst als ein Ueberbleibsel des Catarrhes nicht anerkennen, schon deshalb nicht, weil wir den Wulst bei dem genannten Leiden nie angetroffen haben. Zweitens haben wir das gleichzeitige Bestehen eines Kieferhöhlenempyems neben der Ozaena im 29. Falle durch Eröffnung der Höhlen ganz zweifellos, und in weiteren 4 Fällen (30., 31., 32., 33. Fall) die Provenienz wenigstens eines Theiles des Secretes aus der Kieferhöhle durch sorgfältige, rasch nach einander geübte Untersuchungen fast bestimmt nachgewiesen. Wenn in den übrigen 4 Fällen, abgesehen von der Gegenwart des Wulstes bezw. der Vorwölbung, anderweitige objective Symptome des Kieferhöhlenempyems fehlten, so wies wiederum in zweien derselben Caries oder Verlust bestimmter Zähne auf ein solches hin. In einem der 2 Fälle, in welchen das Gebiss intact gefunden wurde, leitete die Kranke selbst (37. Fall) ihr Leiden von einer heftigen Rhinitis acuta ab, die doch sehr leicht zu Kieferhöhlenempyem hatte führen können. Dass ein solches mit der Zeit von selbst schwinden könne, wurde schon früher ausgesprochen. Da wir endlich ebenfalls an früherer Stelle mit Ausnahme des Kieferhöhlenempyems jede andere Entstehungsursache für den Schleimhautwulst ausgeschlossen haben, müssen wir ihn auch in den bezeichneten Ozaenafällen als aus einem Antrumempyeme hervorgegangen ansehen.

Nun ist die Frage, ob und in welcher Beziehung Ozaena und Antrumempyem zu einander stehen? Ist das Zusammentreffen beider Krankheitsprocesse blos Zufall oder ist einer von dem anderen abhängig, in wiefern, und welcher von ihnen stellt sodann das Grundleiden, welcher das Folgeleiden dar?

Dass die Frage über den möglichen Zusammenhang zwischen Ozaena und Erkrankungen der Nebenhöhlen schon lange vor uns ventilirt worden ist, wurde bereits bei Besprechung der Aetiologie der Ozaena gesagt.

Digitized by Google

Die Anregung dazu ging von Michel (l. c. S. 36) aus, welcher mit der Ansicht hervortrat, dass die Ozaena hauptsächlich auf einer eitrigen Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase, insbesondere der Sieb- und Keilbeinhöhle beruhe, während ihm die Oberkieferhöhle bei Ozaena in der Regel nicht betheiligt zu sein schien. Leider machte Michel für seine Ansicht nur theoretische Gründe geltend und blieb den positiven Beweis schuldig, so dass er bald von mehrfacher Seite desavouirt wurde und die Sache schnell in Vergessenheit gerieth. Merkwürdiger Weise wurde dabei übersehen, dass ebenso keiner seiner Gegner den absoluten Gegenbeweis erbrachte, ausgenommen, Michel hätte seine Ansicht ausnahmslos auf **alle** Fälle von Ozaena erstrecken wollen, was jedoch aus dem Wortlaute des betreffenden Citates nicht hervorgeht. Dass in der Mehrzahl der bis nun ausgeführten Sectionen von Ozaenafällen (Fränkel, Zuckerkandl) die Nebenhöhlen intact gefunden wurden, beweist nur, dass ausser den Erkrankungen dieser letzteren jedenfalls noch andere Ursachen für die Entstehung der Ozaena geltend gemacht werden müssen, ist aber noch lange kein Gegenbeweis der Ansicht Michel's. Genug daran, dass thatsächlich sowohl am Lebenden (Voltolini) als an der Leiche (Zuckerkandl) Fälle constatirt wurden, wo bei Ozaena die eine oder andere Nebenhöhle erkrankt war.

Zuckerkandl (l. c. S. 93) meint sogar, „dass nichtsdestoweniger die Erkrankung der Nebenhöhlen im Sinne Michel's eine wichtige Nebenerscheinung der Ozaena sein kann, und wie sich leicht beweisen lässt, mit keiner der Anschauungen über Ozaena im Widerspruch steht. Da sicher gestellt ist, dass der primären Ozaena eine Erkrankung der Nasenschleimhaut zu Grunde liegt und alle entzündlichen Affectionen der Nasenschleimhaut leicht auf die Nebenhöhlen übergehen, und hier gewöhnlich sogar länger verharren, als in der Nasenhöhle, so unterliegt es keinem Zweifel, dass auch bei Ozaena dieselbe Verbreitungsweise vorkommen kann, und seine (Zuckerkandl's) Befunde stimmen hiermit insofern überein, als er neben atrophischen Muscheln ein Mal die Schleimhaut der Highmorshöhlen geschwellt und mit eitriger Flüssigkeit beschlagen, ein ander Mal wieder nur in der Keilbeinhöhle einen übelriechenden Schleim angesammelt vorfand. Da aber der Process nicht immer auf die Nebenhöhlen übergeht, so wird es nicht Wunder nehmen, wenn die Nebenhöhlen bei Ozaena zuweilen ein normales Aussehen führen."

Beide Autoren geben also zu, dass bei Ozaena, und zwar aus Ursache derselben auch die Nebenhöhlen der Nase erkrankt sein können; der Beweis jedoch, dass nur dieses und nicht ebenso das Umgekehrte der Fall sein, d. h. die Ozaena aus einer Erkrankung der Nebenhöhlen nicht hervorgehen kann, wurde damit keineswegs geliefert.

Wir wollen nun versuchen, an der Hand unserer Fälle nicht nur die Möglichkeit, ja die Wahrscheinlichkeit dieses Letzteren darzuthun.

Unter den 28 tabellarisch verzeichneten Fällen theils einfachen, theils mit Nasenpolypen complicirten Kieferhöhlenempyems kam es kaum ein einziges Mal vor, dass die der Empyemseite angehörige mittlere Muschel gesund befunden worden wäre. In der Regel war sie mehr weniger atrophisch verfallen, verkleinert, namentlich aber verschmälert, 5 Mal sogar völlig zu Grunde gegangen. Ungleich seltener erschien neben der mittleren auch die untere Muschel und dann nur in geringem Grade

Digitized by Google

afficirt. Ob der atrophische Schwund der mittleren Muschel allein nur dem von Seiten des Wulstes auf dieselbe ausgeübten Drucke oder nebstdem der Einwirkung resp. der besonderen Beschaffenheit des Kieferhöhlensecretes auf die zunächst betroffene mittlere Muschel zugeschrieben werden soll, wollen wir vor der Hand unentschieden lassen, blos bemerkend, dass der letzteren Annahme im Wesentlichen nichts widerspricht.

Dagegen steht ausser Zweifel, dass der Anfangs umschriebene, blos auf die mittlere Muschel beschränkte atrophische Process mit der Zeit um sich greifen und sich allmählig auf die Gesammtoberfläche der betroffenen Nasenhälfte erstrecken kann, wenngleich wir eine derartige Ausbreitung in keinem der 28 Fälle theils einfachen, theils mit Nasenpolypen complicirten Kieferhöhlenempyems constatirt haben.

Auf unsere Ozaenafälle übertragen, in welchen ebenfalls Kieferhöhlenempyem und zwar entweder bestimmt erwiesen, zum wenigsten aber mit grösster Wahrscheinlichkeit aus dem Vorhandensein des lateralen Schleimhautwulstes diagnosticirt wurde, könnte nach dem Gesagten die Ozaena sehr wohl aus einer Anfangs umschriebenen, durch Kieferhöhlenempyem veranlassten Schleimhautatrophie, die, eine bestimmte Beschaffenheit des Höhlensecretes vorausgesetzt, immer weiter um sich griff, hervorgegangen sein, und das um so mehr, als wir wissen, dass sich bei Ozaena der atrophische Process zu Beginn der Erkrankung nicht sofort auf die Gesammtoberfläche des Naseninneren erstrecken muss, im Gegentheil selbst im vorgerückten Stadium nicht selten die eine oder die andere Nasenmuschel noch ziemlich intact und von dem atrophischen Process kaum berührt erscheint.

Selbstverständlich müsste in einem solchen Falle nachgewiesen werden, entweder dass das Kieferhöhlenempyem der Ozaena thatsächlich vorangging, zum Wenigsten aber, dass es unabhängig von ihr entstanden sein konnte.

Wenn nicht, dann bleibt für das Zusammentreffen der beiden Erkrankungsformen nur die Erklärung übrig, dass vorerst die Ozaena und das Kieferhöhlenempyem erst später aufgetreten resp. dieses aus Veranlassung jener entstanden sei, eine Ansicht, welche namentlich von Zuckerkandl und Voltolini vertreten wird. Die Möglichkeit, vielleicht Häufigkeit einer solchen Reihenfolge lässt sich allerdings nicht in Abrede stellen; soweit es aber unsere Fälle betrifft, glauben wir das gleichzeitige Vorkommen der beiden Krankheitsformen und ihre Wechselbeziehung nicht in dieser, sondern vielmehr in der ersterwähnten Weise deuten zu müssen, wonach das Kieferhöhlenempyem das Grundleiden und die Ozaena erst in der Folge entstanden ist.

Zum Beweise sei erstens hervorgehoben, dass bei keinem unserer Kranken irgend welche Constitutionsanomalien vorlagen, die etwa der Entstehung des atrophischen Processes hätten zu Grunde liegen oder ihm Vorschub leisten können.

Wenn nach Moldenhauer (l. c. S. 90) „gerade der Umstand, dass die Ozaena simplex fast immer in schon hochgradig entwickeltem Stadium, und wie die Anamnese ergiebt, meist nach jahrelangem Bestehen zur Beobachtung kommt, den Einblick in die ursächlichen Momente ungeheuer erschwert", so haben wir wenigstens einen, den 29., Fall zu verzeichnen, wo die Erkrankung, wenngleich vorgeschritten, noch ziemlich recenten

Digitized by Google

Datums war und aus den vollkommen glaubwürdigen Aussagen der Pat. klar hervorging, dass zu allererst doppelseitiges Kieferhöhlenempyem, durch Zahncaries veranlasst, bestanden und der atrophische Process in der Nasenhöhle sich erst später entwickelt habe. Von nicht geringer Bedeutung ist in diesem Falle, dass sofort nach Behebung des Antrumempyems eine auffallende Besserung, so zu sagen ein plötzlicher und zudem anhaltender Stillstand der Nasenaffection constatirt wurde.

Berücksichtigen wir ferner: dass der laterale Schleimhautwulst in sämmtlichen Ozaenafällen doppelseitig vorhanden war; dass sein Vorkommen fast zweifellos auf Kieferhöhlenempyem, gleichviel, ob bestehend oder bereits geschwunden, hindeutet; dass in 7 von 8 Ozaenafällen Caries oder Verlust bestimmter Zähne, und zwar allemal in beiden Oberkieferhälften zugleich, verzeichnet wurde; endlich dass, soweit anamnestisch festgestellt werden konnte, Beginn und Dauer des einen (Zahn-) mit dem anderen (Nasen-) Leiden so ziemlich zusammentrafen —, so folgt daraus, dass in den 7 mit Zahncaries complicirten Fällen das Kieferhöhlenempyem nicht nur unabhängig von der Nasenaffection, ja sogar leichter und wahrscheinlicher in Folge des Zahn-, als des Nasenleidens entstanden, somit der Ozaena vorangegangen sein kann und diese erst durch das Kieferhöhlenempyem veranlasst worden ist. Auf das hohe Alter der Höhlenerkrankung deutet ferner der Umstand hin, dass in 3 Fällen neben dem Schleimhautwulste andere objective Symptome eines Kieferhöhlenempyems nicht vorhanden waren, und dass in 6 von 8 Ozaenafällen nebst dem Wulste auch noch deutliche Vorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwand bestand, die wir weniger durch erhöhten Flüssigkeitsdruck in der Höhle verursacht, denn als Resultat eines chronisch-hypertrophischen Entzündungsvorganges der Wand selbst auffassen.

Wenn wir also Grund haben, annehmen zu dürfen, dass in allen unseren Ozaenafällen, mit Ausnahme eines einzigen (34. Fall), das Kieferhöhlenempyem nicht aus der fötiden Rhinitis hervorgegangen, sondern vielmehr durch Zahncaries entstanden sei, ferner dass die Kieferhöhlenerkrankung dem Nasenleiden höchst wahrscheinlich vorangegangen und die Ursache seiner Entstehung war, so müssen wir das Kieferhöhlenempyem für gewisse, und zwar nach unseren Beobachtungen recht zahlreiche Fälle als die eigentliche und wahre Entstehungsursache der Ozaena simplex bezeichnen.

Was hieraus für die Prophylaxe und die Behandlung der Ozaena simplex resultirt, braucht nicht näher erörtert zu werden, und verweisen wir diesbezüglich blos auf das im 29. Falle erzielte Heilresultat.

Betreffs des 37. Falles der Tabelle, wo nur der laterale Schleimhautwulst, sonst aber keine Erkrankung weder der Nasen-, noch der Nebenhöhlen vorlag, scheint uns annehmbar, dass die acute, nach Aussage der Patientin äusserst heftige Rhinitis, mit welcher das Leiden begann, die Kieferhöhlen in Mitleidenschaft zog, dass aber etwa in Folge Einwirkung günstiger Verhältnisse der entzündliche Process sowohl in der Nasen-, als in den Kieferhöhlen von selbst rückgängig wurde, allerdings mit Hinterlassung des lateralen Schleimhautwulstes und der Vorwölbung der nasalen Kieferhöhlenwand.

Die Bestätigung oder aber Widerlegung der hier mitgetheilten Ansicht über eine der Entstehungsursachen der Ozaena simplex von Seiten

Digitized by Google

Anderer wird hoffentlich nicht lange auf sich warten lassen; uns genügt vorläufig, Anregung zur sorgfältigen Beachtung und Weiterverfolgung des Gegenstandes gegeben zu haben.

Indem wir uns für die nächste Zeit noch weitere Ergänzungen und Erläuterungen zu dem obangesetzten Thema im Allgemeinen vorbehalten, schliessen wir unsere Abhandlung mit dem Wunsche, dass dem lateralen Schleimhautwulste fortan jene Beachtung zu Theil werde, als er ihrer in mehrfacher Hinsicht thatsächlich würdig ist.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung mit Berücksichtigung der bacteriologischen Forschungsergebnisse. Von Prof. E. Zaufal.

Der Verfasser giebt im Eingange seines Vortrages eine Uebersicht der gewonnenen Ergebnisse der Bacteriologie bei der acuten Mittelohrentzündung, bezüglich welcher er noch vor der Hand die alte Eintheilung in primäre und secundäre Formen beibehält; in Hinkunft möchte er die Fälle nach ihrem Erreger bezeichnen, also etwa: Pneumodiplococcen-, Piostreptococcen-, Pyostaphylococcenotitis etc.; doch sei das beobachtete Material noch nicht ausreichend, um eine solche Eintheilung durchzuführen.

Die Entzündungen im Mittelohre sind nach Zaufal meist aus der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle fortgeleitet, in welchen thatsächlich alle bei der acuten Mittelohrentzündung gefundenen Parasiten vorhanden sind. Daher seien alle pathologischen Veränderungen in oben genannten Höhlen genau zu beachten. In Bezug auf die Prophylaxe der Mittelohrentzündungen sei die Nasenrachenhygiene, die Entfernung adenoider Vegetationen, der Pharynxtonsille etc. etc., die Reinhaltung der Mundhöhle bei Infectionskrankheiten, z. B. bei Typhus sehr wichtig. Auch die Verkühlungsfrage würdigt der Verfasser und giebt diesbezüglich Verhaltungsmaassregeln.

Bei bereits ausgebrochener Entzündung sind nach Zaufal folgende Grundsätze bei der Behandlung festzuhalten:

„1) Milderung der unangenehmsten subjectiven Symptome (Schmerz, Fieber);

„2) ist streng darauf zu achten, dass der normale Entwicklungsgang des primären Entzündungserregers unbeeinflusst durch das Neueingreifen andersartiger pathogener Keime nicht gestört wird, bis es zum Absterben des Entzündungserregers gekommen ist.“

3) Anwendung von Mitteln, welche den Entwicklungscyclus beschleunigen und die Entzündungsproducte rasch fortschaffen; Wiederherstellung der vollen Functionstüchtigkeit, Vermeidung von Complicationen.

4) Operative Eingriffe, Paracentese, Abscessspaltung, Trepanation.

Gegen das Fieber ist nicht einzuschreiten, da dasselbe der sicherste Maassstab für die Beurtheilung der Krankheit ist.

Digitized by Google

Die Bekämpfung des Schmerzes gelingt häufig durch Anwendung des Cocains in 5 – 10procentiger Lösung. Ausgezeichnetes leistet nach dem Verf. die Anwendung der heissen Cataplasmen von essigsaurer Thonerde, wie auch die Ohrbäder mit oder ohne Narcotica.

Zur Vermeidung der Complicationen durch Secundärinfection muss die Ausschaltung der Infection durch die Tuba und den äusseren Gehörgang angestrebt werden, was nur durch strengste Antisepsis möglich ist. Es sei daher gleich im Beginn der Entzündung die Ohrmuschel und ihre Umgebung, sowie der äussere Gehörgang gründlich zu reinigen und am besten mit Sublimat ($^1/_{1000}$) zu desinficiren. Dann folgt der Cataplasmenverband mit Burow'scher Lösung.

„Eine vollständige Ausschaltung des Weges per tubam sind wir gegenwärtig ausser Stande zu erzielen." Unser Bestreben müsse also darauf gerichtet sein, dass wir nicht fremde Keime in's Mittelohr durch die Tuben hineinschleudern, wie dies durch die Luftdouche geschieht. Es ist daher besser, während des acuten Stadiums die Luftdouche nicht anzuwenden. Da aber ohne dieselbe in vielen Fällen bleibende Hörstörungen zurückbleiben, wendet sie Zaufal nach Ablauf der stürmischen Entzündungserscheinungen an, wenn innerhalb der folgenden 8—14 Tage nicht eine spontane Besserung der Hörweite eintritt.

Zur Erfüllung der dritten Aufgabe (Beschleunigung des Entwicklungscyclus) dient ausser den heissen Cataplasmen mit essigsaurer Thonerde auch noch die Massage. Die Wirkung der Ueberschläge ist eine schmerzstillende und resorbirende. Aehnlich wirkt die Massage der Parotideal- und seitlichen Halsgegend (?).

Von internen Mitteln sah Zaufal nur in Fällen, wo der Diplococcus pneumoniae (Fränkel-Weichselbaum) der Erreger war, Nutzen, und zwar war es die Salicylsäure, welche die Heilung förderte.

Müller.

A propos de la thérapeutique de la sclérose. Von Dr. Delstanche. (Internationaler Congress für Otologie in Brüssel.)

Zur Behandlung der Sclerose empfiehlt Delstanche die Rarefaction der Luft im äusseren Gehörgange, ein Verfahren, welches allein oder in Combination mit intratympanalen Injectionen im Stande ist, das Hörvermögen in einer bisweilen überraschenden Weise zu bessern und das Sausen und den Schwindel gänzlich zu beseitigen. (Aehnliches empfahl schon Gruber.)

Die Rarefaction ist angezeigt bei allen Mittelohraffectionen in Folge von „mechanischer Schwerhörigkeit", sei es durch partielle oder totale Synechieen oder bei stark behinderter Excursionsfähigkeit des Hammers. Als eines der constantesten Symptome der Rigidität des schallleitenden Apparates erwähnt Delstanche, dass es Schwerhörige giebt, welche unmittelbar nach dem Catheterismus die Sprache besser hören, aber nicht das Ticken der Uhr (Tröltsch).

Bei Cadaverversuchen fand Delstanche, dass schon die geringsten Bewegungen mit dem Rarefacteur, welche bei den zartesten Personen kaum die geringste Wirkung hervorgerufen haben würden, sich an der Stapesplatte bemerkbar machen. Die Toleranz gewisser Kranker gegen die Luftverdünnung sei eine ganz ausserordentliche.

Digitized by Google

Auch die Wiederherstellung der Ceruminalsecretion werde in vielen, selbst veralteten Fällen durch den Rarefacteur erzielt. Müller.

Ueber die Organisationsfähigkeit der Schalenhaut des Hühnereies und ihre Verwendung bei Transplantationen. Eine experimentelle chirurgisch-histologische Studie. Von Dr. R. Haug, München. (M. Rieger's Verlag, 1890. 72 Seiten.)

Auf Grund selbstständiger histologischer Forschung prüfte Verfasser das Verhalten der Schalenhaut zum lebenden Organismus und kam zu dem Resultate, dass die Membran ein organisationsfähiger Körper ist, denn sie wächst an, heilt ein, wird später von dem neuen Mutterboden mit Gefässen versorgt, um endlich von ihm resorbirt zu werden.

Nach einer kurzen Besprechung der physikalischen und chemischen Eigenschaften der Schalenhaut im Allgemeinen, wird nachgewiesen, dass die histologische Structur derselben zwei, in ihrem Breitendurchmesser ungleiche, nicht genau differenzirbare Schichten aufweist, die sich aus einem sich durchkreuzenden und in einander geflochtenen Fasergewirre zusammensetzen; gegen die Kalkschale sind die Fasern compacter. Nun wird das Verfahren Berthold's geschildert, diesem folgen 5 Fälle, in denen die Schalenhaut auf Trommelfelllücken transplantirt wurde, 9 Mal wurde versucht, die Schalenhaut auf Wunden anderer Körperstellen zu transplantiren und endlich folgen 7 Versuche einer Implantation von Schalenhaut bei Thieren. Letztere wurden an Meerschweinchen oder Kaninchen ausgeführt, und wurde als Ort der Implantation regelmässig die Stirnfläche gewählt.

Der genauen Besprechung der einzelnen Fälle folgen stets noch epikritische Betrachtungen, aus denen hervorgeht, dass die frische Schalenhaut des Hühnereies allen Anforderungen entspricht, die man an einen Körper stellt, den man zu Transplantationen verwenden soll; sie ist jedoch nur passiv transplantabel, da sie aus eigener Initiative zur Anheilung nichts beitragen kann, und kann dieselbe blos nach einer Seite hin verwendet werden, und zwar mit der, die gegen die Kalkschale des Eies zugewendet ist. Die Verbindung selbst besteht erst in einer An-, später aber in einer Einlagerung, so dass beide Gewebe in ein untrennbares Ganze innig verschmelzen, und der zeitliche Höhepunkt wird dann durch das Auftreten von Gefässen ausgedrückt. Ist diese Vascularisation an jeder Stelle der Schalenseite gleichmässig gut entwickelt, dann wird die Membran zu Bindegewebe. Bei kleineren oder mittelgrossen trockenen persistenten Perforationen kann die Schalenhaut somit zum definitiven Verschluss der Paukenhöhle, in Folge der wirklichen Organisirung, nach vorausgeschickter Anfrischung verwendet werden. — Nebst diesen empfiehlt Verfasser die Schalenhaut auch noch für andere chirurgische Zwecke; sie kann zu Transplantationen, bei granulirenden Wunden jeder Art, ferner bei Brandwunden verwendet werden, in denen die Transplantation wegen der Grösse der Fläche oder Mangels einer ordentlichen Epithelbildung indicirt ist.

An einer beigelegten Tafel werden in 9 Abbildungen die histologischen Verhältnisse erläutert. Szenes.

Digitized by Google

Ueber Nervenatrophie im inneren Ohre. Von Dr. Habermann in Prag. (Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Heilkunde, Bd. X.)

I. Schwund der Nerven in der Spitzenwindung der linken Schnecke nach Verletzung in der rechten Scheitelgegend (?).

Marie P., 51 Jahre alt, Taglöhnerin, hatte sich 8 Jahre vor ihrer Aufnahme (1885) in's Spital eine Impression in der rechten Scheitelbeingegend in Folge eines Falles zugezogen und war seither schwerhörig. Sie starb 5 Tage nach der Aufnahme in's Spital am 25. Februar 1885. Hörprüfungen waren nicht vorgenommen worden. Die clinische Diagnose lautete: Infractio cranii post trauma. Encephalomeningitis chronica. Endarteriitis deformans. Bronchitis chronica. Emphysema pulmonum. Infiltratio tbc. apic. pulmon.

Bei der Section zeigte sich folgender Hirnbefund: Weiche Schädeldecken blass; am rechten Scheitelbeine eine Impression; an dieser Stelle die weichen Schädeldecken fixirt. Dura mater anscheinend unversehrt. Innere Meningen zart, leicht ablösbar, stark durchfeuchtet. Die Substanz des Grosshirns zäh, von mittlerer Blutfülle, ödematös. Die Seitenventrikeln erweitert, mit klarem Serum gefüllt, das Ependym verdickt. Eine Herderkrankung im Gehirne auch an den der Impression entsprechenden Partien nicht wahrzunehmen.

Path.-anatom. Diagnose: Emphysema pulmon. Bronchit. cat. chron. Tbc. obsolet. apic. pulm. Ulcera rotunda ventric. Myoma ventric. Infractio cranii sanata. Morb. Brightii chron. Marasm. sen.

Der Gehörgang war mit einer Kaffeesatz-ähnlichen Masse erfüllt, Trommelfell perforirt, die Gehörknöchelchen in eine stark gewulstete, gelbgraue Schleimhaut eingebettet. Von Hammer und Ambos ziehen zwei breite Adhäsionen zur inneren Wand der Paukenhöhle. Schleimhaut der inneren Paukenhöhlenwand blutig imbibirt, Steigbügel nicht sichtbar. Bei genauerer Untersuchung zeigt sich die Nische des ovalen Fensters mit Bindegewebe erfüllt, bedeutend verengt, der Stapes fixirt.

Microscopischer Befund: Lymphoide Infiltration der Tubenschleimhaut im knorpeligen Theile; im knöchernen Theile gegen die Paukenhöhle hin und in der Schleimhaut des Cav. tymp. selbst, bindegewebige Hypertrophie, Bildung von Cysten. Ausserdem zahlreiche Hämorrhagien, Pigmentschollen. Venen erweitert, mit Blut gefüllt.

Hochgradiger Schwund des Tensor tympani und des Stapedius mit Lipomatosis des gewucherten Bindegewebes in denselben.

Am auffallendsten waren die Veränderungen in den Nerven des inneren Ohres, beziehungsweise in der Schnecke: Vollständiges Fehlen der Nerven im Canalis ganglionaris, in der Lamina spiralis und dem Corti'schen Organe des grössten Theiles der ersten Schneckenwindung. Das Corti'sche Organ zeigte übrigens in seiner Totalität derartige Veränderungen, dass Verfasser selbst glaubt, „es sei bei der Behandlung (mit Chromsäure-Salpetersäure) der Präparate schwer zu entscheiden, ob diese Veränderungen pathologischer Natur oder ob sie Kunstproducte seien.“ Mit Ausnahme der Pfeiler waren vom Corti'schen Organe nur verkümmerte Reste erhalten. In dem unteren Theile der ersten Windung und in den unteren zwei Windungen war der Nerv wieder erhalten, doch nicht in normaler Stärke, besonders gegen das Ende der Basalwindung.

Digitized by Google

Ausserdem waren zahlreiche microscopische Hämorrhagien an verschiedenen Stellen. Die Venen zeigten sich erweitert, mit Blut erfüllt.

Was nun die Ursache aller dieser Veränderungen betrifft, hält Verfasser eine Entwicklungshemmung, ebenso eine Fortleitung vom Mittelohre aus, wie auch eine primäre Erkrankung der Schnecke für unwahrscheinlich; er glaubt vielmehr, dass es sich um einen, durch eine partielle Erkrankung des Acusticus oder seines Centrums hervorgerufenen Nervenschwund handle, der etwa mit der stattgehabten Verletzung (Impression) zusammenhängen könnte.

II. Taubstummheit. Schwund der Nerven in der basalen und mittleren Windung der Schnecke in Folge einer Entzündung des inneren Ohres.

Marie S. aus P. wurde am 14. Februar 1887 secirt. Taubstummheit in Folge einer Erkrankung seit frühester Jugend.

Sectionsbefund: „Weiche Schädeldecken blass, Pupillen gleichweit. Dura mater wenig gespannt, basale Hirnarterien zart, Hirnwindungen gut ausgeprägt, zeigen nirgends, auch nicht im Bereiche der acustischen Rindencentren auffällige Veränderungen. Innere Meningen zart, sehr blutreich."

Ohrenbefund: R. O. Im Gehörgang Cerumen, darunter eingedickter Eiter. Nach Abtragung des Tegmen tympani in der Paukenhöhle und im Antrum eine mässige Menge gelb gefärbten, eingedickten Eiters. Warzenfortsatz sclerotisch. Knochen überall gelblich verfärbt. Eine grauweisse Membran, welche die in der Gegend der beiden Fenster blutig suffundirte Membran überzieht, verdeckt Stapes und rundes Fenster. Vom Trommelfell nur noch eine verdickte ulcerirte Randzone erhalten, Hammergriff und absteigender Ambosschenkel fehlen. Im inneren Ohrtheile zwischen Periost und Nerven ausgebreitete Hämorrhagie, ebenso zwischen den Nervenbündeln. Nerven selbst schwächer, besonders die der Schnecke. Verdickung der Nervenscheiden der Facialis. In der basalen Windung der Schnecke fehlten die Nervenbündel der Lamina spiralis vollständig. Im Canalis ganglionaris nur wenige Ganglienzellen, das Corti'sche Organ fast gänzlich geschwunden. Bindegewebsbänder in der Paukentreppe der Schnecke in der Gegend des runden Fensters, zum Theile bereits verknöchert. Aehnliche, doch weniger hochgradige Veränderungen in der mittleren Windung. In der Spitzenwindung normale Verhältnisse. Im Vorhofe und den Bogengängen fand sich nichts Besonderes.

Die Ursache der pathologischen Veränderungen konnte nach Dr. H. nur eine Entzündung sein. Durch den Druck des Exsudates wären die Nerven geschwunden. Die Entzündung selbst kann auf verschiedene Art entstanden sein, vom Mittelohre aus, was aber Verfasser in diesem Falle ausschliessen zu können glaubt, oder von der Schädelhöhle aus auf dem Wege der Lymphscheiden des Acusticus. Letzteres hält der Autor für das Wahrscheinlichste wegen der Veränderungen in der Paukentreppe in der Nähe der Mündung des Aquaeductus cochleae. Müller.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Ueber Aristol. Aus dem Ambulatorium von Privatdocent Dr. Seifert in Würzburg. Von Dr. Hughes. (Deutsche med. Wochenschrift No. 18 u. 19, 1890.)

In Seifert's Ambulatorium für Nasen- und Kehlkopfkranke wurden 44 Patienten mit Aristol behandelt, über dessen Erfolg Verf. berichtet. Directe Reizerscheinungen in der Nase, wie Niesen oder andere unangenehme Empfindungen wurden, beim Einblasen desselben in die Nase, nie beobachtet. Bei der Rhinitis acuta, ferner bei der chronischen Rhinitis der Kinder, welche der starken Hypersecretion wegen leicht zu Eczem des Naseneinganges und der Oberlippe führt, bewährte sich das Mittel nicht. Hingegen eignet sich das Aristol dazu, eine Anregung der Secretion auf den Schleimhäuten zu bewirken, welche sich bei der Rhinitis sicca und den verschiedenen Formen der Rhinitis atrophicans verwerthen lässt. Zur Nachbehandlung nach operativen Eingriffen in der Nase scheint das Aristol auch gut verwendbar zu sein.

In Fällen von Erkrankung des Larynx wurde das Aristol nur 7 Mal versucht und stimmt die Wirkung desselben mit der an der Nasenschleimhaut beobachteten überein. Eine Intoxication hat man selbst bei reichlicher und häufiger Application des Aristols nicht zu befürchten.

Szenes.

Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase. Von Dr. Carl Hess, Assist. am patholog. Institut in Heidelberg. (Archiv für patholog. Anatomie u. Physiologie u. für clin. Medicin, Bd. 120, Heft 2.)

Bei einem 19jähr. Mädchen hatten an der Nasenspitze hanfkorngrosse Knötchen bestanden, die Czerny in zwei Sitzungen abtrug; in der ersten wurden 2 elliptische Hautstücke mit Warzen an der Seite der Nase excidirt, in der zweiten aber konnten dieselben bereits nach einem kleinen Einschnitt auf der Höhe der Geschwülstchen mit der Hohlsonde herausgehoben werden. Verf. hatte nun Gelegenheit, die entfernten Theile microscopisch zu untersuchen und fand, dass es sich im vorliegenden Falle um eine multiple Entwickelung von circumscripten Hautmyomen, combinirt mit einer mehr diffusen Ausbreitung von glatten Muskelfasern, handelte. Eigenthümlich fand Verf. den Sitz der seltenen Geschwulstform, ferner das jugendliche Alter und die vollständige Schmerzlosigkeit.

Szenes.

Ueber Ozaena trachealis. (De l'ozène trachéal.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol., Februar 1888 und Revue de laryngol. No. 8, 1889.)

1) Es besteht eine Ozaena trachealis als solche, vielleicht fortgeleitet von einer gewöhnlichen Ozaena, aber für sich verlaufend. 2) Die in der Trachea beobachteten harten, stinkenden Secrete rühren nicht vom Nasengerüste her; sie entstehen autochthon. 3) Morgens grüne, fadenziehende, characteristisch riechende und nach dem Gebrauch der Nasendouche noch fortriechende Expectoration. 4) Laryngoscopische Untersuchung ist zur Diagnose unbedingt nothwendig. 5) Die dabei bestehende Nasalozaena bekommt durch sie eine schlimmere Prognose. 6) Durch geeignete In-

Digitized by Google

halationen kann man die Krusten entfernen; aber selbe recidiviren nur zu leicht.

Die Krankheit ist nicht so selten, wie Verf. annimmt; sie wurde schon längst von den Autoren als Complication der gewöhnlichen Ozaena beschrieben. Dr. P. K.

Einige persönliche Beobachtungen über die acuten und chronischen Anschwellungen des adenoiden Gewebes am Dach des Pharynx und die zu ihrer Heilung gebrauchten Mittel. (Some personal observations upon the acute and chronic enlargements of the adenoid tissue at the vault of the pharynx and the means used for their relief.) Von Bryson Delavan, New-York. (New-York med. Journ., 12. October 1889.)

Wenn auch die Tonsilla pharyngea meist schon in früher Jugend anschwillt, so kommen doch auch Fälle vor von deren Wachsthum nach der Pubertät. In diesen Fällen ist sie verursacht durch öftere Erkrankungen, namentlich Diphtherie oder Scharlach. Unter dem Einfluss eines speciellen Reizes kann sie anschwellen, nach Aufhören dieses Reizes verschwindet dann die Anschwellung wieder. Die chronische Hypertrophie ist entweder papillomartig oder tumorartig. Letztere ist härter und dadurch schwerer zu operiren. Der Grad der Schwellung entspricht nicht immer der Behinderung der Athmung. Unter Hinweis auf die durch Verschluss einer Nase bei Kaninchen erzeugte Asymmetrie glaubt Verf., dass auch bei Kindern durch einseitig verstopfende adenoide Wucherungen Vomerschiefstand hervorgerufen werden könne, welcher durch die Beseitigung des Hindernisses auch geheilt werden könne. Ein bei der Operation zurückgelassener Rest atrophirt nicht, man muss die Tonsille ganz wegnehmen. Verf. erwähnt einen Fall von Verblutung nach einer einfachen Fingeruntersuchung bei einem Bluterkind. Verf. verwendet Chloroform zur Anästhesie. Bei Diphtherie-Epidemieen soll man nicht operiren. Er operirt mit der Zange wegen des möglichen Hereinfallens von Stückchen in den Larynx. In der Discussion erwähnt auch Hooper, dass er einen Fall von acuter Schwellung gesehen. Er hält, wie Verf., die Untersuchung mit der Sonde für unumgänglich. Manche anscheinend glatte Schwellung erweist sich, mit der Sonde untersucht, als tief gelappt. Harrison Allen, Mulhall, Knight schliessen sich im Wesentlichen den Anschauungen des Verf.'s an. Casselberry zieht das Velum während der Operation mit einer Schlinge vor. J. N. Mackenzie nimmt jeden Tag nur ein Stück der Geschwulst weg. Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die Ursachen, die chirurgische Pathologie und die Behandlung der Blutungen nach Tonsillotomie. (On the etiology, surgical pathology and treatment of haemorrhage after tonsillotomy.) Von Bryson Delavan, M. D., New-York. (Transact. of americ. laryng. Association, Bd. 10.)

Verf. hat keinen Fall von tödtlicher Blutung nach Tonsillotomie ausfindig machen können. Schwere Blutungen kommen aber nicht so ganz selten vor. Sie sind arteriell, venös oder auch capillär. Die acht Fälle,

Digitized by Google

welche zur Kenntniss des Verf.'s gekommen sind, betrafen alle Männer zwischen 24 und 34 Jahren. Dem Verf. ist auch kein Fall von directer Verletzung der Carotis bekannt geworden, seitdem mit dem Tonsillotom operirt wird. Die Blutung stammt auch nicht von directen Aesten der Carotis interna. Ligatur der Carotis communis kann die Blutung nicht stillen, da durch die Anastomosen von der anderen Seite Blut zugeführt wird. Daraus erklärt sich, warum die Blutung erst mit Eintritt der Ohnmacht steht. Mehr Erfolg verspricht meist, die Carotis externa so zu unterbinden, dass die Art. pharyngea ascendens mitgefasst wird. In gewöhnlichen Fällen genügt die Anwendung einer Mischung von Tannin und Acid. gallarum, welche mit Wasser zu einem Brei angerührt wird. Steht sie dann nicht, so soll man die Wunde reinigen und bei gutem Licht genau ansehen, man findet dann die blutenden Stellen. In einem Falle gelang es Clark, den Stumpf der Mandel mittelst Transfixionsnadeln zu umbinden. Nebenher empfiehlt Verf. Opium, Abbinden des Armes u. s. w. Von den Compressions-Instrumenten hält er nicht viel. In der Discussion wurden von Mehreren Fälle von stärkerer Blutung mitgetheilt. (Ref. hat 5 Fälle von starker Blutung früher erlebt, er macht deshalb seit vielen Jahren die Operation nur noch mit der galvanocaustischen Schlinge und hat unter wohl nahe an 1000 Fällen nie auch nur eine leichte Blutung mehr gesehen. Die dieser Operation gemachten Vorwürfe kann nur der machen, der sie nicht versucht hat.)

Dr. M. Schm.

Einige Bemerkungen über Anomalien der Uvula, besonders der doppelten Uvula. (Some Remarks on Anomalies of the Uvula, with Special Reference to Double Uvula.) Von John N. Mackenzie, Baltimore, Md. (The Johns Hopkin's Hospital Reports, Januar 1890.)

Mack. theilt die ihm aufgestossenen Fälle in folgende Klassen ein:

1) In der Mittellinie befinden sich neben einander 2 getrennte Uvulae.

2) Jederseits direct oberhalb der Gaumentonsille befindet sich eine laterale Uvula; keine centrale vorhanden.

3) Auf der einen Seite eine ausgebildete laterale, auf der anderen nur eine rudimentär vorhandene Uvula.

4) 2 centrale Uvulae, die bei ihrer Insertion in den weichen Gaumen vereinigt sind.

5) 2 centrale Uvulae, die in einer Art halbkugelförmiger Vorbuchtung am weichen Gaumen zusammenkommen. W. Freudenthal (N.-Y.).

Ein Fall von Alveolarsarcom des Sinus pyriformis. Von Felix Cohn, New-York. (Medicin. Monatsschr., März 1890.)

Ein 47jähriger Mann mit leichten Halsbeschwerden zeigt äusserlich am Halse einen faustgrossen Tumor unterhalb des Unterkiefers. Consistenz desselben derb, Oberfläche uneben, knollig. Im Larynx hochgradige ödematöse Anschwellung der rechten ary-epiglottischen Falte und der Schleimhautumkleidung des rechten Wrisberg'schen, Santorinischen und Aryknorpels; Beweglichkeit beider Stimmbänder vollständig normal! Ferner ist in der Gegend des rechten Sinus pyriformis eine kleine ulcerirte Stelle, welche einen Theil der Oberfläche eines kleinen blumenkohlartigen Gewächses bildet. Herausgenommene Stückchen zeigen

Digitized by Google

microscopisch die Merkmale eines Alveolarsarcoms. In Folge dieses Befundes stellte Verf. die Diagnose auf primäres Sarcom im Sinus pyrif. mit regionären Lymphdrüsenmetastasen und empfahl die Operation. Die Entfernung der äusseren Geschwulst machte ziemlich viele Schwierigkeiten, doch ging Alles gut, bis man gezwungen wurde, den Vagus und Phrenicus zu durchschneiden. Die Athmung wurde mühsam, der Puls schwächer und kleiner und der Exitus letalis erfolgte nach 6 Stunden.

Die Autopsie bestätigte die clinische Diagnose. Man fand im Sinus pyriformis eine kleindrüsige, warzige Geschwulst von der Grösse einer grossen Erdbeere, welche sich von der Schleimhaut der lateralen Wand des Sinus und der oberen Schleimhautfalte des Lig. pharyngo-epiglottic. entwickelt hatte. Ausser dem äusseren Tumor war noch ein kleiner in der Nähe vorhanden. Uebrigen Organe normal.

Der Fall bot besonderes Interesse 1) weil Alveolarsarcome überhaupt selten sind, 2) weil ein solches im Sinus pyriformis noch nicht beobachtet wurde, und 3) weil regionäre Metastasen bei Alveolarsarcomen doch nicht so selten seien, als man bisher annahm. Bei der Differential-Diagnose zwischen Carcinom und Sarcom dürfe man jedenfalls nicht das letztere ausschliessen, weil regionäre Metastasen vorhanden sind.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Chronische Halserkrankungen rheumatischen Ursprungs. (Chronic throat affections of rheumatic origin.) Von Dr. Max Thorner, Cincinnati, O. (Transactions of the Ohio State med. Society 1889.)

Verf. ist ganz überzeugt, dass es chronische Erkrankungen des Halses giebt, welche durch Rheumatismus bedingt sind. Sie sind sehr hartnäckig und nur durch eine auf die Diathese gerichtete Behandlung rascher zu heilen. Ihr Hauptsymptom ist der Schmerz in gewissen Gruppen der Halsmuskeln. Besonders disponirt sind die hinteren Gaumenbögen und die Zungenwurzel. Er erstreckt sich bis an's Jugulum und in den Nacken. Als Behandlung empfiehlt er Pinseln mit adstringirenden oder sedativen Mitteln und Ableitungen auf die Haut. Innerlich Salol oder Natr. salicyl., ferner Electricität und Massage. Unter 19 Fällen waren 13 Männer und 6 Frauen.

Dr. M. Schm.

Ein Fall eines grossen, von dem Kehlkopftheile des Schlundes aus wachsenden Schleimpolypen. (A case of large mucous polypus growing from the laryngeal portion of the pharynx. Von John Lowe. (Lancet, 31. Mai 1890.)

Der Tumor hatte eine auffallende Aehnlichkeit mit der Zunge, war 3 Zoll lang, $1^3/_4$ Zoll breit, wie sich nachher bei der Section herausstellte. Die Patientin wurde behufs Operation in ein Hospital geschickt, dort konnten sich die Aerzte nicht von dem Vorhandensein eines Tumors überzeugen, unterdessen starb die Kranke. Die Untersuchung ergab einen reinen Schleimpolypen. Manche Herzerkrankungen zugeschriebene plötzliche Todesfälle können durch solche Geschwülste veranlasst sein.

Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Fibro-cartilaginöser Tumor der Zunge. Von James Berry, London. (Lancet, 31. Mai 1890.)

Verf. zeigte in der pathologischen Gesellschaft von London diesen sehr seltenen Tumor, den er bei einem 49jähr. Manne exstirpirt hatte. Derselbe war im Laufe von 5 Jahren gewachsen. Er überragte die Oberfläche der Zunge. Er bestand aus Bindegewebe. In der Mitte hatte er einen knorpligen Kern. Dr. M. Schm.

Totalexstirpation des Larynx mit Heilung. (Extirpation totale du larynx avec guérison.) Von DDr. Macdonald und Symonds. (Londoner Briefe und Semaine médicale No. 19, 1889.)

Ein 41jähriger Mann zeigte ein Carcinom, welches per os und dann später durch Laryngotomie ohne Erfolg operirt worden war. Verff. nahmen die Totalexstirpation vor. Nach 10 Tagen verliess der Kranke das Bett und befindet sich jetzt wohl. Patient trägt gewöhnlich eine Durham'sche Canüle, deren obere Wandung einen 2 Ctm. langen, bis an die Basis der Epiglottis reichenden Cylinder trägt; an dem oberen Ende des hohlen Cylinders legt sich die Pharynxschleimhaut in 2 Querfalten an, welche Falten beim Exspirium vibriren und eine heisere Stimme gestatten; natürlich muss dabei Patient die Canüle mit dem Finger zuhalten. Um das Schlingen zu erleichtern, ersetzt man ersteren hohlen Cylinder durch einen ähnlichen compacten. Dr. P. K.

Cyste der Arytenoidalgegend. (Kyste de la région aryténoidienne.) Von Dr. Furundarena-Labat. (Revue de laryngol. No. 8, 1889.)

Dieser Sitz ist sehr selten. Ein 30jähriger Bauer aus Guipuzcoa hatte Schlingbeschwerden und das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse; später kamen Dysphonie und Dyspnoe hinzu. Ein haselnussgrosser, durchsichtiger, gleichförmiger, weicher, von einem Venennetz durchzogener Tumor bedeckte die hintere Hälfte des Vestibulum laryngis. Einschnitt mit dem Bruns'schen Messer und Zerquetschen mit der Fauvel'schen Zange brachten Heilung. Es wurden mehrere Stücke des Sackes herausbefördert und die Basis mit Chromsäure getrennt. Heilung.

Dr. P. K.

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica chronica. Von Dr. Alfred Sokolowski, Warschau. (Internat. clin. Rundschau No. 19 u. 20, 1890.)

Verfasser theilt 4 einschlägige Fälle mit, giebt schliesslich einen kurzen historischen Ueberblick und glaubt in den meisten Fällen die besten Resultate mit der von v. Schrötter angegebenen Methode zu erzielen, welche in systematischer Dilatation des Kehlkopfes besteht. Da jedoch diese Behandlungsweise die Geduld des Arztes und des Patienten nur zu oft in ziemlich gleicher Weise auf die Probe setzt und in Ermangelung einer starken Willenskraft manchmal auch viele Monate

Digitized by Google

dauernde Arbeit verloren geht, empfiehlt Verfasser, die chirurgische Behandlung auch nicht ausser Acht zu lassen, wie dieselbe sich im ersten Falle erfolgreich zeigte; nach der Laryngotomie wurden die dicken Falten der verdickten Schleimhaut abgetragen und dann folgte die Dilatation des Kehlkopfes mittelst der v. Schrötter'schen Dilatatoren.

Szenes.

Die Zerstückelung auf die Entfernung der Tumoren angewandt. (Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs.) Von Prof. Dr. Péan. (Gazette des hôpitaux, Juli 1888 und Revue de laryngologie No. 9, 1889.)

Seitdem die Methode der Zerstückelung und des Zerdrückens der Tumoren bekannt ist, kann man die Tumoren der Schilddrüse gefahrlos exstirpiren: Man legt den Kranken in die zur Tracheotomie nöthige Rückenlage, macht einen medianen, senkrechten Schnitt bis zum Sternum, durch welchen Schnitt alle Weichtheile bis auf den Tumor durchtrennt werden. Sobald ein Theil des Tumor blossgelegt ist, fasst man ihn mit den von Péan construirten sogen. Zungenzangen, zieht ihn nach aussen und schneidet ein; nachdem dies geschehen ist, legt man eine zweite Zange unter die erste, welches die Zerstückelung ohne Blutung vollführen lässt; die am Laryngo-Trachealrohr anhaftenden Theile werden mit dem scharfen Löffel losgekratzt; weil man von innen nach aussen operirt, kann man alle Beziehungen des Tumoren zu den lateralen Gefässen und Nerven controliren. Nach beendigter Operation werden die grossen Zangen entfernt und durch Catgutligaturen ersetzt.

Dr. P. K.

Compression der Carotis communis bei cerebraler Blutung. (Compression de la carotide primitive dans l'hémorrhagie cérébrale.) Von Dr. Spencer und Dr. Horsley. (Tribune méd. und Gazette méd. de Liège No. 26, 1889.)

Kleine und sehr umfangreiche Gehirnblutungen kommen nicht in Behandlung; erstere weil sie keine Symptome hervorrufen, letztere weil plötzlicher Tod eintritt. Es handelt sich also blos um die mässig abundanten Blutungen, welche unter den Symptomen eines Schlaganfalls verlaufen und immer eine Zeit lang andauern. Da die Blutungen meistens aus der Arteria cerebralis media entstehen und letztere aus der Carotis communis stammt, so liegt es nahe, die Carotis als zuführendes Blutgefäss zu comprimiren; da die Arteria cerebralis media nicht im sogen. Circulus Willisii mit einbegriffen ist, so wird die Compression erfolgreich sein. Die Experimente wurden auf Affen gemacht; bei blossgelegtem Gehirn sah man bei Compression der Carotis communis die Art. cerebralis media blutleer und die betreffende Gehirnpartie anämisch werden; der electrische Reiz dieses blutarmen Gehirntheiles blieb ohne Effect; nach einiger Zeit, bei fortdauernder Compression, tritt wieder Blut in den blutleeren Gehirntheil, wegen der Anastomosen der Art. cerebralis media mit dem Circulus Willisii. Auf diese Weise kann man sich die vorübergehenden Paresen der einen Körperhälfte nach Unterbindung einer Carotis

Digitized by Google

erklären. In einer zweiten Serie von Experimenten wurde in dem blossgelegten Gehirn die Arteria vertebralis media angeschnitten; es kam Blutaustritt an den gewöhnlichen Stellen (Corpus striatum und Thalamus opticus), welcher Blutaustritt bei Compression der Carotis communis aufhörte; es bildete sich ein Blutgerinnsel an der Schnittstelle der Arteria cerebralis media, welches das Ausfliessen von Blut nach aufhörendem Carotisdruck verhinderte. In den Fällen, wo Apoplexia cerebralis mit Embolie oder Thrombose verwechselt wird, kann die Compression, nach Verff., keinen Schaden bringen. Dr. P. K.

Abscess des vorderen Mediastinums an der äusseren Halsseite sich zeigend; Schnitt, Drainage, Heilung. (Abcès du médiastin antérieur venant fair saillie sur la paroi latérale du cou; incision, drainage, guérison.) Von Dr. Bousquet. (Quatrième Congrès français de chirurgie, October 1889.)

Ein 42jähr. Bauer zeigte rechts unten in der Regio sternomastoidea einen einer Balggeschwulst ähnlichen Tumor; Einschnitt. Die Sonde gelangte 17 Ctm. tief hinter das Sternum; der Versuch, mit einem gebogenen Troicart in einem Zwischenrippenraum eine Gegenöffnung zu machen, misslang; die Trepanation des Sternum schien zu gefährlich. Mit einfacher Drainage dauerte der Heilungsprocess 2 Jahre.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Löwe: Die desinfectorische Gehörgangstamponade. (Schluss.) — Schütz: Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle. (Fortsetzung.) — Killian: Sagittale Spalten der hinteren Enden beider Siebbeinmuscheln. — Kaufmann: Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst („lateralen Schleimhautwulst") an der äusseren Nasenwand. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Zaufal: Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung mit Berücksichtigung der bacteriologischen Forschungsergebnisse. — Delstanche: A propos de la therapeutique de la sclerose. — Haug: Ueber die Organisationsfähigkeit der Schalenhaut des Hühnereies und ihre Verwendung bei Transplantationen. — Habermann: Ueber Nervenatrophie im inneren Ohre. — b) Rhinologische: Hughes: Ueber Aristol. — Hess: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase. — Luc: Ueber Ozaena trachealis. — Delavan: Einige persönliche Beobachtungen über die acuten und chronischen Anschwellungen des adenoiden Gewebes am Dach des Pharynx und die zu ihrer Heilung gebrauchten Mittel. — c) Pharyngo-laryngologische: Delavan: Ueber die Ursachen, die chirurgische Pathologie und die Behandlung der Blutungen nach Tonsillotomie. — Mackenzie: Einige Bemerkungen über Anomalien der Uvula, besonders der doppelten Uvula. — Cohn: Ein Fall von Alveolarsarcom des Sinus pyriformis. — Thörner: Chronische Halserkrankungen rheumatischen Ursprungs. — Löwe: Ein Fall eines grossen, von dem Kehlkopftheile des Schlundes aus wachsenden Schleimpolypen. — Berry: Fibrocartilaginöser Tumor der Zunge. — Macdonald und Symonds: Totalexstirpation des Larynx mit Heilung. — Furundarena-Labat: Cyste der Arytenoidalgegend. — Sokolowski: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica chronica. — Péan: Die Zerstückelung auf die Entfernung der Tumoren angewandt. — Spencer und Horsley: Compression der Carotis communis bei cerebraler Blutung. — Bousquet: Abscess des vorderen Mediastinums an der äusseren Halsseite sich zeigend; Schnitt, Drainage, Heilung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Besehorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, September 1890.** **No. 9.**

I. Originalien.

Aus dem anatomischen Institute des Herrn Prof. Dr. Zuckerkandl.

Beitrag zur pathologischen Anatomie des Ohres.

Von

Dr. **Noltenius** aus Bremen,

Assistent an der laryngologischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Störk.

Der Güte des Herrn Prof. Dr. Zuckerkandl verdanke ich die Gelegenheit, einige Präparate beschreiben zu können, welche nach Allem, was ich der Literatur und mündlichen Mittheilungen entnehme, als Unica auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie des Ohres betrachtet werden müssen.

I. Eine exquisit gestielte Exostose des knöchernen Gehörganges.

Die Exostosen des knöchernen Gehörganges gehören zu den sowohl am Lebenden, als auch am macerirten Felsenbeine relativ selten beobachteten pathologischen Befunden. Dabei sehen wir ab von den in der Regel auf beiden Seiten gleichmässig, und zwar unmittelbar vor dem Trommelfell an der Verwachsungsstelle des Annulus tympanicus mit dem Felsenbeine befindlichen Knochenauftreibungen, welche nach Moos[1]) „aus

[1]) Moos cit. aus Schwartze, Krankheiten des Ohres. 1885. S. 103.

Digitized by Google

irritativen Vorgängen zu der Zeit, zu welcher der Annulus tympanicus mit der Schuppe des Schläfenbeins verwächst, hervorgehen.“ Uebrigens ist Politzer[2]) mehr geneigt, diese Gebilde für Bindegewebsneubildungen zu halten, da derselbe weit mehr als 1000 Schädel und Schläfebeine untersuchte, ohne auf etwas Derartiges zu stossen. Die eigentlichen Exostosen dagegen entspringen nach Angabe der Autoren am häufigsten von der hinteren oberen Wand nahe der Grenze zwischen dem knöchernen und knorpeligen Gehörgang. Sie sind theils spongiös, theils elfenbeinhart, ein Verhalten, das nach einigen Autoren[3]) für die Entstehungsursache von Bedeutung ist, insofern die ersteren sich an circumscripte Entzündungsprocesse anschliessen resp. durch sie bedingt sind, während die letzteren wahrscheinlich aus congenitaler Anlage hervorgehen. Dagegen wird von anderer Seite angenommen, dass beide Arten nur Entwicklungsstadien desselben Zustandes sind und dass aus der spongiösen Exostose die elfenbeinerne entstehen kann, vielleicht auch umgekehrt[4]).

Auch hinsichtlich der Aetiologie sind die Ansichten der Autoren getheilt. Nach Urbantschitsch[5]) „treten die Knochenneubildungen häufig ohne bekannte Veranlassung auf, ein ander Mal wieder stehen sie mit entzündlichen Vorgängen an den Gehörgangswänden in deutlichem Zusammenhang, oder sie entwickeln sich aus vorhandenen Knorpel- und Bindegewebsneubildungen und führen zu einer theilweisen oder totalen Verknöcherung derselben (z. B. des Enchondroms und der Polypen)“. Hartmann[6]), wie schon erwähnt, macht neben Entzündungsprocessen die congenitale Anlage geltend. Tröltsch[7]) legt unter Anderem Gewicht auf Gicht und Rheuma, Momente, deren Bedeutung zuerst von Toynbee hervorgehoben ist. Schwartze[8]) betont eine hereditäre Disposition und Wagenhäuser[9]) beobachtete nach Fractur der vorderen Gehörgangswand entstandene kegelförmige Exostosen (Osteophyten). Nach Toynbee[10]) können Exostosen im äusseren Gehörgange als Theilerscheinung bei Exostosenbildung an den tieferen Gebilden des Ohres auftreten; Politzer[11]) sah neben einer den linken Gehörgang fast vollständig verschliessenden Exostose einen faustgrossen Knochentumor an der linken Schläfe. Endlich macht Roosa[12]) die Syphilis als aetiologisches Moment verantwortlich. Dies wird jedoch von den meisten Autoren bestritten, und, soweit ich sehe, tritt nur Gruber[13]) mit einiger Entschiedenheit dafür ein, indem derselbe als Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme in seinem Lehrbuche, S. 373, eine Exostose im äusseren Gehörgange eines mit Knochensyphilis (Exostosen am Schienbein) behaftet gewesenen Kranken abbildet. Dagegen wird Gicht und Rheuma von diesem Autor als veranlassende Ursache in Abrede gestellt.

---

[2]) Politzer, Lehrbuch der Ohrenheilk. 1887. S. 173.
[3]) Hartmann, Die Krankheiten des Ohres. 1889. S. 113 und Andere.
[4]) Schwartze l. c. S. 101.
[5]) Urbantschitsch, Lehrbuch d. Ohrenheilk. 1884. S. 96.
[6]) Hartmann l. c. S. 113.
[7]) Tröltsch, Lehrb. d. Ohrenkrankh., S. 124.
[8]) Schwartze l. c.
[9]) Wagenhäuser cit. aus Politzer, Lehrb. d. Ohrenheilk. 1887. S. 172.
[10]) Toynbee cit. aus Urbantschitsch, l. c. S. 97.
[11]) Politzer l. c. S. 174.
[12]) Roosa cit. aus [13]) Gruber, Lehrbuch der Ohrenkrankh., S. 373.

Digitized by Google

Warum die Exostosen nach Welker und Anderen so auffallend oft bei überseeischen Völkern vorkommen und warum dieselben auch in unseren Gegenden häufiger bei männlichen als bei weiblichen Individuen gefunden werden, bedarf, falls letzterer Umstand nicht auf Zufälligkeiten bei der Beobachtung beruht, noch der Erklärung.

Wir müssen unsere Aufmerksamkeit jetzt auf einen Punkt lenken, der besonders im Hinblick auf unseren hier abgebildeten Fall von Wichtigkeit ist. Denn obwohl fast alle Autoren zwischen gestielten und breit aufsitzenden Exostosen einen Unterschied machen, glaube ich doch, dass ein derartig gestieltes Exemplar, wie schon hervorgehoben, als ein Unicum angesehen werden kann. Meist präsentiren sich die Exostosen als rundliche oder halbkugelige, von der Gehörgangswand sich mehr minder scharf abhebende, circumscripte Knochenauflagerungen von glatter oder leicht höckeriger Oberfläche und blasser Farbe. Das Lumen des Gehörganges kann dadurch, namentlich wenn gleichzeitig mehrere Exostosen angetroffen werden, auf eine schmale Spalte reducirt oder auch vollkommen verlegt werden. Derartige Fälle sind besonders von Gruber und Schwartze abgebildet. Unser Fall [14]) ist dadurch interessant, dass die Knochengeschwulst einmal von der vorderen Gehörgangswand entspringt und sodann auf einem $2^1/_2$ Mm. breiten und $1^1/_2$ Mm. langen Stiele aufsitzt.

Fig. 1.
Gestielte Exostose des rechten knöchernen Gehörganges.
Natürliche Grösse.

[14]) Dieses Präparat ist dasselbe, das im Jahre 1889 auf dem otologischen Congress zu Paris durch Prof. Politzer und vorher durch Dr. Stone auf der engl. Association der Aerzte in Leeds demonstrirt worden war.

Digitized by Google

Die Gestalt ist im Ganzen länglich rund bei einer grössten Ausdehnung von 8½ Mm. in der Breite und 6 Mm. in der Höhe. Die Oberfläche ist von ziemlich höckeriger Beschaffenheit, knochenhart und von weisser Farbe. Im Uebrigen zeigte der Knochen sowie der Schädel der männlichen Leiche keine pathologischen Erscheinungen.

Nur in einem Falle von Dr. Weitz, der in Schwartze's Lehrbuch S. 104/5 beschrieben und abgebildet ist, dürfte es sich um einen ähnlichen, wenn auch nicht ganz so eclatanten Befund gehandelt haben; wenigstens ist aus der Zeichnung nicht mit Sicherheit zu entnehmen, ob die durch Abbrechen entfernte Exostose einen wirklichen Stiel gehabt oder nur mit einer stark eingeschnürten Basis der Gehörgangswand aufgesessen habe.

Da manche Exostosen viele Jahre hindurch getragen werden können, ohne dem Besitzer irgend welche Beschwerden zu verursachen, so ist eine operative Entfernung auch nur dann angezeigt, wenn Retentionserscheinungen oder Taubheit durch dieselben bedingt werden. Heut zu Tage sind wohl die meisten Ohrenärzte darin einig, dass die Entfernung mittelst Meissel und Hammer die zweckmässigste, schnellste und mit den geringsten Gefahren verbundene Methode ist. So hatte ich noch vor wenigen Wochen Gelegenheit, in der Klinik des Herrn Dr. A. Hartmann, meines damaligen Chefs, der Operation einer reichlich erbsengrossen, mit leicht eingeschnürter Basis der Hinterwand aufsitzenden Exostose bei einem ca. 24jährigen jungen Menschen beizuwohnen.

Die in der Tiefe des Gehörganges befindliche, erhebliche Hörstörungen bedingende Neubildung wurde unter Chloroformnarcose mit wenigen breiten Meisselschlägen von der Wand abgetrennt und der Erfolg war demgemäss ein sehr guter. In diesem wie in zwei anderen von Hartmann operirten Fällen war es nicht nöthig, die Ohrmuschel behufs leichterer Zugänglichmachung des Operationsfeldes von dem knöchernen Gehörgange abzutrennen. Dieser Vorschlag Schwartze's[15]) dürfte nur unter besonders ungünstigen Verhältnissen in Betracht zu ziehen sein.

Auch in unserem Falle hätte die Abmeisselung sicherlich am raschesten zum Ziele geführt, obwohl der hier abgebildete Befund geradezu eine Aufforderung gewesen wäre, nach Syme's[16]) Vorgang einen Versuch zu machen, eine derartige Exostose mit einer Zange abzubrechen. Wir geben jedoch der Meisseloperation den Vorzug vor der zuletzt erwähnten Methode, da wir meinen, dass der Bruch nicht immer an der gewünschten Stelle erfolgen müsse. Alle anderen Methoden: Electrolyse, Galvanocaustik, Bohrmaschine, Aetzung durch Mineralsäuren, innerer oder äusserer Jodgebrauch, Laminaria u. dergl. haben gegenüber der Meisseloperation eine geringe, z. Th. nur noch historische Bedeutung, obwohl einzelne Heilerfolge damit erzielt worden sind.

Da es sich in unserem Falle um einen zufälligen Leichenbefund handelt, so vermag ich über die Entstehung dieser Exostose Nichts anzugeben; am meisten Wahrscheinlichkeit hat vielleicht die Annahme, dass wir einen verknöcherten Polypen vor uns sehen.

(Schluss folgt.)

---

[15]) Schwartze l. c. S. 103.
[16]) Syme, cit. aus Urbantschitsch, l. c. S. 98.

Digitized by Google

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

Der trefflichen Vorbereitung des Organisations-Comité's, sowie der grossen Zahl angemeldeter Referate, Vorträge und Demonstrationen ist es zuzuschreiben, dass die Betheiligung an dem Congresse eine sehr grosse war.

Trotz der drückenden Hitze wurde unter der musterhaften Leitung der einzelnen Vorsitzenden mit überaus fleissiger Ausdauer gearbeitet, und nur diesem Umstande ist es zu danken, dass selbst das noch in dem letzten Momente Angemeldete erledigt wurde, trotzdem wir Anfangs auch noch mit Localitätscalamitäten zu kämpfen hatten, die jedoch bald ganz gut endeten.

In der ersten Sitzung fand unter dem Vorsitze des geschäftsführenden Mitgliedes der Section, Prof. Lucae (Berlin), die Constituirung statt, indem die Ehrenpräsidenten (aus der Reihe der ausländischen Mitglieder) und die Schriftführer gewählt wurden. Nach der Constituirung ergreift Prof. Gruber (Wien) das Wort, um der Section die Mittheilung zu machen, dass die Zeit der Verhandlungen auch mit dem 25jährigen Docenten-Jubiläum Lucae's zusammenfällt und fordert die Anwesenden auf, da der Jubilar um Unterlassung aller Feierlichkeiten gebeten, als Zeichen der Achtung und Verehrung sich von den Sitzen zu erheben und mit ihm ein dreimaliges „Hoch" auf Lucae auszubringen, um so eher, da die Section ihm auch für die getroffenen Vorkehrungen zu dem Congresse den Dank schuldet. Lucae dankt und wirft zugleich einen kurzen Rückblick auf seine otiatrische Thätigkeit, in der er Anfangs mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte; bezüglich der getroffenen Vorkehrungen zu dem Congresse jedoch muss er Trautmann einen grossen Theil des Dankes zukommen lassen, der ihn wesentlich unterstützte.

Im Ganzen hatten wir zehn Sectionssitzungen und betheiligten sich an denselben folgende Herren:

Albarracin (Chile), van Anroy (Rotterdam), Barkan (San Franzisco), Barth (Berlin), Belajeff (Moskau), Benni (Warschau), Berkmann (Heidelberg), Berthold (Königsberg), Bezold (München), Bishop (Chicago), Blau (Berlin), Boeck (Magdeburg), Bollag (Basel), Botey (Barcelona), Brieger (Breslau), Broich (Hannover), Bronner (Bradford), Brune (Hannover), Buss (Darmstadt), Bürkner (Göttingen), Cholewa (Berlin), Davidsohn (Berlin), Dennert (Berlin), Draispul (Petersburg), Dreyfuss (Strassburg i. E.), Eckermann (Berlin), Firle (Bonn), Fleck (Köln), Gellé (Paris), Giampietro (Rom), Gottstein (Breslau), Gradenigo (Turin), Grassmann (Berlin), Gruber (Wien), Guranowsky (Warschau), Guye (Amsterdam), Habermann (Prag), Hagedorn (Hamburg), Hartmann (Berlin), Hecke (Breslau), Heimann (Warschau), Hein (Brooklyn), Hessler (Halle a. S.), Heymann (Leipzig), Hildebrandt (Berlin), Hirschfeld (Paris), Holger Mygind (Kopenhagen), Horsley (Edinburg),

Digitized by Google

Hübner (Stettin), Jacobson (Berlin), Jansen (Berlin), Jürgensmeyer (Bielefeld), Katz (Berlin), Kayser (Breslau), Keller (Köln), Kessel (Jena), Kipp (Newark), Kirchner (Würzburg), Kirst Duneaucon (Edinburg), Klau (Berlin), Klingel (Berlin), Koch (Braunschweig), Köbel (Stuttgart), Krakauer (Berlin), Kretschmann (Magdeburg), Kuhn (Strassburg i. E.), Kuznitzky (Frankfurt a. O.), Laurent (Hall), Law (London), Lecocq (Wasmes), Lemcke (Rostock), Lichtenberg (Budapest), Löwe (Berlin), Löwenstein (Elberfeld), Ludewig (Halle a. S.), Lucae (Berlin), Magnus (Königsberg), Mc. Bride (Edinburg), Moldenhauer (Leipzig), Moll (Arnheim), Moos (Heidelberg), Nanasuzi (Tokio), Ninaus (Graz), Otto (Dorpat), Patrzek (Oppeln), Paulsen (Hamburg), Peltesohn (Berlin), Politzer (Wien), Pollak (Wien), Prentkovski (Radon), Reinhard (Drusburg), Roedlius (Dresden), Rohrer (Zürich), Rosenberg (Göttingen), Rumler (Bonn), Sacki (Pforzheim), Schidlowsky (Fulda), Schiffers (Liege), Schmaltz (Dresden), Schmiegelow (Kopenhagen), Schubert (Nürnberg), Schwabach (Berlin), Secchi (Bologna), Sexton (New-York), Shirmunsky (Petersburg), Stacke (Erfurt), Stangenberg (Stockholm), v. Stein (Moskau), Steinbrügge (Giessen), Stimmel (Leipzig), Svanberg (Stockholm), Szenes (Budapest), Thies (Berlin), Trautmann (Berlin), Treitel (Berlin), Uchermann (Christiania), V. d. Heide (Amsterdam), Vohsen (Frankfurt a. M.), Walter (Frankfurt a. M.), Warden (Birmingham), Wegener (Halle a. S.), Wehmer (Berlin), Wiede (Dresden), Wolkowitsch (Kiew), Zaufal (Prag).

I. Sitzung am 4. August, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Lucae (Berlin).

1) Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohr-Erkrankungen und deren Complicationen.

Referenten: Zaufal (Prag), Moos (Heidelberg).

Zaufal macht aufmerksam darauf, dass zur Proklamirung eines Microorganismus als Erreger der acuten Mittelohrentzündung die Erfüllung der drei Koch'schen Bedingungen — 1) häufiges Vorkommen, besonders im Anfange des Processes, 2) Nachweis im entzündeten Gewebe, 3) künstliches Hervorrufen der Entzündung durch Ueberimpfen einer Reincultur — durchgeführt werden muss. Diese Anforderungen sind jedoch nur beim Bacillus Friedländer erfüllt. Unzweifelhafte Mittelohr-Entzündungserreger sind der Diplococcus pneumoniae Fränkel-Weichselbaum, der Streptococcus pyogenes, der Staphylococcus pyogenes albus und aureus und der Bacillus Friedländer; bei den anderen, dem Staphylococcus cereus albus, Staphylococcus tenuis, Bacillus tenuis, Micrococcus tetragenus, Bacillus pyocyaneus und beim Soorpilz ist es mehr oder weniger zweifelhaft, und können sie alle bei den primären wie secundären Entzündungen vorkommen. — Die acute Mittelohrentzündung ist kein ätiologisch einheitlicher Process, sondern kann durch verschiedene Microparasiten hervorgerufen werden. Bei den Verkühlungsotitiden findet sich häufiger der Diplococcus pneumoniae, bei den secundären

Digitized by Google

häufiger die pyogenen Microparasiten sensu strictiori, zu welchen auch der Bacillus Friedländer und der Diplococcus pneumoniae gezählt werden. Nach Bordoni Uffreduzzi und Gradenigo bekommt der Diplococcus pneumoniae seine eiterbildende Kraft durch die Abschwächung in seiner Virulenz. Bei Mittelohrentzündungen durch Fremdkörper, nach Operationen im Cavum pharyngo-nasale und Rhinorrhagien fand Zaufal bisher den Streptococcus pyogenes.

Der Verlauf der acuten Mittelohrentzündung ist in der Regel ein typischer, entsprechend dem cyclischen Entwicklungsgang des Microparasiten, sehr häufig pneumonieartig mit kritischem Abfall der Temperatur und Resorption des Exsudates. Häufig findet sich nur ein pathogener Microorganismus im Exsudat, seltener zwei oder mehrere, auch nicht pathogene. Der Erreger der acuten Entzündung wird häufig auch bei den Complicationen gefunden, doch können letztere auch durch Secundärinvasion pathogener Microorganismen herbeigeführt werden. Unter Umständen kann jede Otitis media hervorrufende Microbe Complicationen erzeugen. Bisher wurden folgende Complicationen gefunden: Beim Bacillus Friedländer: Facialisparalyse (Zaufal), Abscess des Proc. mastoid. und Allgemeininfection (Weichselbaum), Meningitis (Netter); beim Diplococcus pneumoniae: Abscess des Proc. mastoid. (Zaufal, Verneuil, Netter), Meningitis cerebro-spinalis (Weichselbaum); beim Streptococcus pyogenes: Meningitis (Netter), Abscess des Proc. mastoid. (Zaufal, Netter), Sinusthrombose und Pyosepticämie, dann Pyosepticämie ohne Sinusthrombose und Lungengangrän (Netter); Facialisparalyse (Zaufal); beim Staphylococcus pyogenes: Abscess, des Proc. mastoideus (Bordoni Uffreduzzi und Gradenigo); beim Staphylococcus cereus albus: Abscess des Proc. mast. (Levy und Schrader).

Nach Zaufal's Untersuchungen ist die Existenz pathogener Keime in der Paukenhöhle nicht ausgeschlossen und bietet die normale Tuba keinen Schutz gegen das Eindringen von Microorganismen in die Paukenhöhle, um so weniger, wenn eine grössere Vis a tergo einwirkt, wie plus Valsalva, das Politzer'sche Verfahren mit seinen Unterarten, Catheterismus, Bougiren, Niesen, Würgen und Erbrechen, Ausspritzen der Nase, Durchspritzungen per tubam, Rhinorrhagien, Bellocq u'sche Tamponade etc. Die Infection der Paukenhöhlenschleimhaut geschieht am häufigsten durch das Eindringen pathogener Keime durch den Tubencanal, besonders bei Zwangsactionen, kann aber auch erfolgen durch Fortkriechen der Microparasiten im Gewebe der Tuba bis in die Paukenhöhlenschleimhaut oder auf haematogenem Wege (Endocarditis, Pyämie, Diphtheritis); vom äusseren Gehörgange aus nur bei Entzündung des Trommelfelles und Continuitätstrennungen desselben. Im letzteren Falle mischen sich besonders bei Otorrhoen pathogene und Fäulnissbacterien dem Secrete bei, welche beim Absterben des primären Entzündungserregers besonders günstige Bedingungen zu ihrer Ernährung finden können.

Chronisch kann die Entzündung werden durch Secundär-, Tertiär- etc. Infection des primären Entzündungsherdes; nach Pio-Foá, Bordoni Uffreduzzi kann eine acute Entzündung chronisch werden durch die bei dem halbsiegreichen Kampf der organischen Elemente hervorgerufene

Digitized by Google

Abschwächung des Virus und in Folge der Heilmittel. In einem Fall von Pneumodiplococcenotitis, wo Zaufal den Diplococcus pneumoniae nach dem 161. Tage im Empyemeiter des Proc. mast. lebensfähig fand, glaubt Zaufal diese Ursache annehmen zu können. Im Eiter bei chronischen Paukenhöhlenentzündungen findet sich meist ein Gemisch von verschiedenartigen, theils Fäulniss-, theils pathogener Bacterien. Doch verlangt Zaufal für alle Microorganismen die stricte Erfüllung der Koch'schen Postulate, da besonders in den Fällen, wo neben neu gefundenen auch noch notorisch pathogene Microorganismen gefunden werden, z. B. die pyogenen, die Annahme nicht ausgeschlossen ist, dass diese die Ursache der Entzündung und der Complicationen sind, und wenn letztere nicht mehr gefunden werden, so könnten sie bereits abgestorben sein, wie dies Zaufal in einem Fall von Gehirnabscess und Meningitis annehmen muss, da trotz sorgfältiger bacteriologischer Untersuchung keine Microorganismen im Eiter aufgefunden werden konnten.

II. Sitzung am 5. August, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Delstanche (Brüssel).

Moos (Heidelberg) spricht als Correferent ebenfalls über Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohr-Erkrankungen und deren Complicationen.

Discussion:

Gradenigo (Turin) hat im Vereine mit Bordoni Uffreduzzi und Penzo das Secret der acuten und chronischen eiterigen Mittelohr-Entzündung bacteriologisch untersucht, und fanden sich sowohl bei den durch Influenza verursachten, als auch bei den genuinen Formen dieselben pathogenen Microorganismen vor. Von 10 Fällen waren:

Diplo-Streptococcus (Pneumococcus Fränkel) in reiner Cultur	6 Mal,
Diplo-Streptococcus und Staphylococcus pyog. aureus et albus	1 Mal,
Staphylococcus pyog. albus et aureus	1 Mal,
Staphylococcus pyog. albus	2 Mal.

Der isolirte Diplostreptococcus zeigte sämmtliche Hauptcharactere des Diplococcus lanceolatus capsulatus im Stadium der beginnenden Verdünnung und entwickelte sich nicht oder nur in äusserst schwachem Grade im einfachen oder eingedickten Blutserum des Kalbes. Auf Agar-Agar entwickelte er sich in Kettenform, im Blute der geimpften Thiere in Gestalt von Diplococcus und umgab sich mit einer Kapsel, was bei anderen Streptococcen bis jetzt nicht beobachtet wurde. Die Agar-Culturen, auch wenn sie unter für die Entwickelung sehr günstigen Bedingungen gehalten wurden, verloren nach 2—3 Tagen ihre Vitalität.

Diese Eigenschaften des Fränkel'schen Diplococcus im Zustande der Verdünnung sind vielleicht geeignet, um die Differenzen der Resultate aufzuklären, welche verschiedene Autoren bei ihren bacteriologischen Untersuchungen über Influenza und deren Complicationen erhalten haben, wobei die Einen vornehmlich den Fränkel'schen Diplococcus, die Anderen hingegen eine Streptococcus-Form fanden.

Wir haben bei chronischen eiterigen Entzündungen nebst der pyogenen Coccen auch zahlreiche saprophytische Formen angetroffen, unter anderen den Proteus vulgaris Hauser, und machten die Beobachtung,

Digitized by Google

dass das Secret derjenigen eiterigen Ohrentzündung, bei welcher häufiger Waschungen mit ½—1 ‰ Sublimat gemacht wurden, sehr wenige Microorganismen enthielt, die sich in den Culturen nicht entwickelten.

Diese Thatsache beweist den bedeutenden Effect des Sublimats bei Behandlung der eiterigen Ohrentzündung.

Politzer (Wien) wendet sich gegen jenen Punkt des Referates, in welchem behauptet wird, dass durch den Valsalva'schen Versuch und das Politzer'sche Verfahren bei intactem Trommelfelle Schleimmassen vom Nasenrachenraume in die Trommelhöhle getrieben werden, dass also Infectionsstoffe auf diese Weise in das Cavum tympani getrieben werden könnten. Dies sei beim Catheterismus möglich, wo eine wirkliche Strömung der Luft in die Trommelhöhle und zurück stattfindet, beim Valsalva-schen Versuch und Politzer'schen Verfahren hingegen findet mehr eine Verdichtung der Luft im Cavum tympani statt, da die Luftmasse nur so viel vorrücken kann, als das Trommelfell nach aussen gewölbt wird. Würden bei Valsalva und beim Politzer'schen Verfahren die Schleimmassen wirklich so leicht in die Trommelhöhle getrieben, so müssten Otitiden nach diesen Methoden häufiger vorkommen, als dies der Fall ist.

Gruber (Wien) kann der Ansicht Politzer's, dass durch den Valsalva'schen Versuch und durch die Luftdouche eine Eintreibung von Microorganismen nicht möglich sei, durchaus nicht beipflichten, es hänge hier sehr viel von den individuellen anatomischen Verhältnissen des Mittelohrs ab, und nach seiner Erfahrung sind diese meist dem Eintritte der Microorganismen zugänglich. Auch hat Gruber bereits in den sechziger Jahren auf die Schädlichkeit der zu starken Anwendung der Luftdouche bei eiterigen Mittelohrentzündungen aufmerksam gemacht, und sehe er nun, dass seine Ansicht die maassgebende wird. — Bezüglich der Verbreitung der Microorganismen durch das Blut sprechen jene Fälle, wo bei leichten oder schweren Mittelohrentzündungen, selbst wenn keine Communication zwischen Trommelhöhle und Warzenzellen besteht, oft circumscripte Eiterhöhlen im Warzenfortsatze gefunden werden, wie dies während der letzten Influenzaepidemie so oft beobachtet wurde.

Jacobson (Berlin) glaubt, dass nicht nur beim Catheterismus tubae, sondern auch bei den Ersatzverfahren desselben, dem Valsalva'schen Versuch, dem Politzer'schen Verfahren etc. Infectionsträger aus Nase und Rachen in die Paukenhöhle getrieben werden können. Wenn Politzer sagt, dass bei seinem Verfahren und dem Valsalva'schen Versuch Luft in die Paukenhöhle nicht einströme, es fände in letzterer vielmehr nur eine Luftverdichtung statt, wodurch wird denn die Luft in der Paukenhöhle verdichtet? Doch nur dadurch, dass zu der in ihr bereits befindlichen Luft neue hinzuströmt; diese aber passirt den Nasenrachenraum, und so können hierbei immer Infectionsträger aus dem Nasenrachenraum in die Paukenhöhle hineingeblasen werden. Dazu kommt aber noch, dass sehr häufig und gerade bei der Mittelohrentzündung eine Perforation des Trommelfells besteht, und dass bei solcher eine Luftströmung vom Nasenrachenraum in die Paukenhöhle stattfinden kann, wenn die Luftdouche angewandt wird, bedarf keiner weiteren Bemerkung, hört man doch die Luft aus dem Ohr herauszischen. Man muss daher die Ansicht festhalten, dass nicht nur beim Catheterismus, sondern auch beim Politzer'schen Verfahren Infectionsträger in die Paukenhöhle hineingeblasen werden können.

Digitized by Google

Politzer hält den Einwendungen Gruber's gegenüber, dass er nur von Lufteintreibungen gesprochen und nicht von Flüssigkeiten, da es ja jedem Ohrenarzte bekannt ist, dass bei der Weber'schen Nasendouche und bei Injectionen in die Nasenhöhle, vermöge des hydrostatischen Druckes, Flüssigkeit in die Trommelhöhle eindringen kann. — Jacobson gegenüber bemerkt Politzer, dass er nur von Lufteintreibungen bei intactem Trommelfelle gesprochen, da es selbstverständlich ist, dass bei Perforation des Trommelfells, bei Valsalva und Politzer'schen Verfahren, eine merkliche Luftströmung durch das Ohr stattfindet, was hervorzuheben überflüssig war.

Zaufal glaubt, dass im Anfangsstadium der acuten Paukenhöhlenentzündung die Luftdouche gar nicht gemacht werde, sondern nur später.

2) Cholesteatom des Ohres. Referenten: Kuhn (Strassburg), Bezold (München).

Kuhn berichtet über den heutigen Stand der Cholesteatomlehre; er führt des Näheren die Ansicht Virchow's und seiner Schüler an, die dahin geht, dass es sich in allen Fällen von Felsenbein-Cholesteatome um eine wahre heteroplastische Neubildung des Mittelohres handelt. Weiterhin bespricht derselbe die entgegen dieser pathologisch-anatomischen Lehre von den Ohrenärzten v. Troeltsch, Wendt, Lucae, Habermann und Bezold aufgestellten Theorien, dass die Perlgeschwulst des Ohres in den weitaus meisten Fällen als das secundäre Product vorausgegangener eitriger Ohrprocesse angesehen werde müsste und kommt zu dem Schlusse, dass nach Prüfung aller jetzt vorliegenden klinischen und anatomischen Thatschen es sich nur um die beiden Möglichkeiten handeln könne: 1) Entweder ist die Perlgeschwulst des Felsenbeins eine wahre heteroplastische Neubildung, wie dies Virchow für alle Fälle annimmt, oder 2) die Geschwulst kann auch — und vielleicht in den meisten Fällen — in der Weise entstehen, dass im Verlaufe chronischer Ohreiterungen die Epidermis des perforirten Trommelfells oder des äusseren Gehörganges in die Knochenhöhlen des Mittelohres hineinwächst und durch fortdauernde Abscheidung von Hornzellen allmählig die geschichteten Cholesteatommassen bildet

Bezold ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Cholesteatome im Mittelohr nicht als eine specifische Geschwulstbildung und auch nicht als das Product eines Entzündungsvorgangs in der Mittelohrschleimhaut, sondern vielmehr als dasjenige eines Heilungsprocesses aufzufassen seien, analog dem Vernarbungsprocess von Cutis- und Schleimhautdefecten, und hat sie deshalb bereits 1877*) mit dem neutralen Namen desquamative Processe bezeichnet im bewussten Gegensatz gegen die kurz vorher zum Ausdruck gelangten Theorien Lucae's und Wendt's, welche sie auf einen entzündlichen Vorgang zurückführten. Zu der gleichen Anschauung ist Habermann gekommen. — Bereits 1879 wurde von Bezold die grosse Häufigkeit der Cholesteatombildung neben Perforation der Membrana Shrapnelli hervorgehoben und von Morpurgo u. A. bestätigt. Ebenso war die häufige Coincidenz von Substanzverlusten an dieser Stelle mit Tubencatarrhen aufgefallen. Einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen 3 Affectionen zu

*) Archiv f. Ohrenheilk. XIII, pag. 26.

Digitized by Google

suchen, lag daher nicht so ferne. Die Beobachtung eines auf der Versammlung der süddeutschen und schweizerischen Ohrenärzte in Freiburg von ihm mitgetheilten*) instructiven Falles gab den Schlüssel für das Verständniss dieses Zusammenhanges: das in Folge des auf ihm lastenden einseitigen Luftdruckes atrophisch gewordene Trommelfell kann insbesonders bei einem intercurrirenden acuten Entzündungsschube in seiner, eines festeren Widerstands in Form regelmässig angeordneter Membrana propia-Fasern entbehrenden Partie, in der Membrana Shrapnelli einen Einriss erfahren. Wenn nun weiter daran eine anschliessende eitrige Entzündung zu einer Verwachsung der Rissenden mit dem kleinen Binnenraum führt, so ist die Brücke gebaut, auf welcher die Epidermis direct vom Trommelfell und den Gehörgangswänden aus in den Aditus ad antrum und dieses selbst, wo sich die Ansammlungen weitaus am häufigsten finden, hineingetragen wird. — Bezüglich der Pathogenese des Cholesteatoms führt Bezold an, in dem Zeitraum von 1887—1889 47 Kranke mit Cholesteatombildung und 65 mit Perforation der Membrana Shrapnelli beobachtet zu haben, zusammen 2,6 pCt. aller Ohrenkranken und 14,6 pCt. von 769 in diesem Zeitraum beobachteten Mittelohreiterungen.

Von den 65 Kranken mit Perforation der Membrana Shrapnelli konnte das Vorhandensein von Epidermis in den Mittelohrräumen 44 Mal direct nachgewiesen werden; eine strenge Scheidung dieser Erkrankungsform und der Cholesteatome mit weiter ausgreifenden Zerstörungen ist überhaupt nicht überall möglich, beide Processe gehen ineinander über, und finden sich auch öfters an einem Individuum gleichzeitig auf beide Seiten vertheilt vor. Beide Processe betreffen vorwiegend das männliche Geschlecht und treffen die linke Seite nahezu doppelt so häufig, als die rechte, was mit der stärkeren Entwicklung der pneumatischen Zellen auf dieser Seite (im Gegensatz zur rechten mit ihrem stärker entwickelten Sinus sigmoides) in Zusammenhang gebracht wird. — Der Verlauf beider Processe erstreckt sich auf eine sehr lange Zeitdauer, und ist grösstentheils bis in die Kindheit zurück zu verfolgen. Die grosse Mehrzahl der zur Beobachtung gelangten Kranken beider Reihen fällt zwischen das 10. und 40. Lebensjahr. Die rasche Abnahme der Zahlen im höheren Alter deutet auf die hohe Sterblichkeitsziffer hin, welche beiden Erkrankungen gemeinsam zukommt. In mehr als einem Dritttheil der Fälle von Perforation der Membrana Shrapnelli waren objective Symptome vorhanden, welche einen noch bestehenden Tubencatarrh annehmen, oder auf abgelaufene Tubenprocesse schliessen lassen.

Aus der Symptomatologie beider Processe lässt sich ein annähernder Schluss zunächst auf die Ausdehnung des Erkrankungsprocesses aus dem Umfange der blossliegenden Höhlen machen, deren Capacität bei Perforation der Membrana Shrapnelli zu 0,4—0,9 Ccm., und bei den Cholesteatomen (in engerem Sinne) zu 0,6—1,8 Ccm. gefunden wurde. — Neben der Perforation in der Membrana Shrapnelli waren mehrmals weitere Perforationen vorhanden; Fehlen von Hammer-Hals und Kopf wurde 7 Mal constatirt. In einer grossen Anzahl von Fällen lag ausser theilweiser oder totaler Zerstörung des Trommelfells auch ein grösserer Defect an der hinteren oberen knöchernen Gehörgangs-

*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. XX, pag. 5.

Digitized by Google

wand. Wucherungen und Polypen waren unter den Perforationen der Membrana Shrapnelli 36 Mal, unter den Cholesteatomen 30 Mal vorhanden; Erscheinungen von Seiten des Warzentheils bestanden unter den ersteren in 7,8 pCt., unter den letzteren in 29,8 pCt.; Facialisparese und Paralyse kamen bei den ersteren 2 Mal, bei den letzteren 1 Mal zur Beobachtung.

Unter den subjectiven Erscheinungen finden sich bei beiden Erkrankungen am häufigsten Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes und Schwindelgefühl. Verschieden beeinträchtigt erwies sich das Hörvermögen, jedoch ist dasselbe bei den Cholesteatomen im engeren Sinne durchschnittlich stärker herabgesetzt. — Die Resultate der Therapie sind im Ganzen nicht wesentlich ungünstiger, als bei den einfachen chronischen Mittelohreiterungen, welche mit Wucherungen complicirt sind. Ein grosser Unterschied besteht aber in der nothwendigen Behandlungsdauer, denn eine definitive Ausheilung findet da statt, wo die Höhle durch eine weite Oeffnung nach aussen communicirt, worauf nicht nur die Eiterung, sondern auch die Epidermishyperproduction dauernd aufhören kann. Unter den Cholesteatomen war dies 16 Mal der Fall. Doch bildet dieser Ausgang, insbesondere unter den Perforationen der Membrana Shrapnelli, nicht die Regel, sondern die Ausnahme, und die Mehrzahl derselben bedarf einer durch viele Jahre oder durch das ganze Leben fortgesetzten Controle. Nun werden die nothwendig gewordenen therapeutischen Eingriffe — Entfernung von Polypen mit der Schlinge, dem scharfen Löffel, Curetten etc., die operative Eröffnung des Antrum mast., die Excision von Hammer und Ambos — angeführt. Als unentbehrlich für alle Fälle erscheint die consequente Anwendung des Hartmann'schen Paukenröhrchens, sowohl für die Diagnose, als für die Therapie der concentrischen Epidermisansammlungen. Seit drei Jahren benutzt Bezold dasselbe auch mit günstigem Erfolge zu directen Insufflationen von Borsäure in die Höhle. In einer Reihe von Fällen, darunter auch solche, bei denen das Antrum vorher eröffnet und der Hammer extrahirt worden war, wurde ein dauernder Stillstand der Eiterung, und ein dauerndes Verschwinden des Foetors erst nach einigen directen Insufflationen in die Höhle gesehen, so dass Bezold dieselben nunmehr regelmässig benutzt, wo die anatomischen Verhältnisse ihre Anwendung gestatten.

Discussion:

Schmiegelow (Kopenhagen) sieht das Cholesteatom als Entzündungsproduct an und fasst es als Product einer metaplastischen Veränderung auf, dessen Ursache in dem mechanischen Drucke des Secrets auf die Schleimhautoberfläche gesucht werden muss; Bezold's Einwanderungstheorie hält er nicht für stichhaltig.

Barth (Berlin) erwähnt, dass in den letzten Monaten einige Arbeiten über Degeneration von Epithelien erschienen sind, und hebt nur das Resultat einer experimentellen Arbeit Posner's hervor, welches von wesentlicher Bedeutung für die Klärung der differirenden Ansichten sein wird: Zellen, welche eine Oberfläche bedecken, seien sie nun ecto-, meso- oder endothelischen Ursprunges, können unter Umständen epidermoidal entarten.

Lucae (Berlin) ist überzeugt, dass die Entwicklung der Perlgeschwust

Digitized by Google

vom Mittelohre und nicht vom äusseren Gehörgange aus stattfindet, und ist dieselbe in der Mehrzahl der Fälle mit Granulationen der Schleimhaut verbunden. — Die Therapie muss die Epidermismassen unter Ausrottung der Granulationen fortschaffen, und ist beim Ausspritzen Spiritus zu benutzen, um das Aufquellen der Massen zu verhindern. Sehr häufig ist die Excision des Trommelfells und der Gehörknöchelchen nothwendig. Sobald die geringsten beunruhigenden Symptome auftreten, muss der Warzenfortsatz eröffnet werden, wie er dies bereits 1873 dringend empfohlen.

Jansen (Berlin) glaubt nicht, dass durch die Thatsache der Metaplasie des Epithels die Cholesteatomtheorie eine wesentliche Förderung erhält, indem er auf die zahlreichen trockenen Perforationen am oberen Pol hinweist, welche ohne Cholesteatombildung bestehen. Durch die Annahme der Theorie des Hineinwachsens der Epidermis vom Gehörgange muss man zugleich annehmen, dass dieselbe mit dem Augenblicke ihres Durchtretens durch die Perforation vollständig andere vitale Eigenschaften annehme, als sie vorher im Gehörgange besessen hat. Höhlen, die bei der Eröffnung des Warzenfortsatzes gefunden werden, können nicht durch den von den Cholesteatommassen ausgeübten Druck erzeugt werden, sondern durch active Thätigkeit der Membranzellen, eine Eigenschaft, welche die Epidermis im Gehörgange ebenso wenig besitzt, wie die Häufigkeit, dicke Lagen verhornter Zellen auszubilden. Die Massen bestehen aus Plattenepithel, welches als Detritus betrachtet werden muss.

Zaufal (Prag) meint, dass es zur Sicherstellung der Bezold'schen Hypothese erspriesslich sein dürfte, durch Experimente bei Thieren der Frage näher zu treten.

Barth erwiedert Jansen, dass, wenn man von gewissen Erkrankungen annimmt, dass sie durch bestimmt schädigende Einflüsse, wie z. B. alle Gewebserkrankungen, zu entstehen pflegen, das nicht heisst, dass sie auch in jedem Falle entstehen müssen.

Moos (Heidelberg) hält die Anwendung der Hartmann'schen Canüle bei Graviditas wegen eines beobachteten Falles von Abortus, welcher nach Gebrauch derselben eingetreten war, für contraindicirt.

Kuhn berichtet einige der von Barth, Schmiegelow und Jansen angegebenen Erläuterungen der Perlmuttergeschwulst.

Barth erwiedert, dass er nicht eine Eiterung zur Entstehung einer Perlgeschwulst für nothwendig hält, sondern dass auch jeder andere Reiz genügt. Eine Perlgeschwulst entsteht auch nicht in der kurzen Zeit, wo sie auffallende Erscheinungen macht, sondern besteht meist schon viel länger.

Magnus (Königsberg) meint in Bezug auf den Zusammenhang der Perlgeschwulst mit der Perforation der Shrapnell'schen Membran, dass derselbe nicht ein vollständiger ist, und weist auf einen von ihm veröffentlichten Fall von natürlicher Eröffnung des Proc. mast., in welchem weder Anfangs, noch im Verlauf der Jahre eine Eröffnung der Shrapnell'schen Membran bestand.

Bezold bemerkt, dass die volle Lösung der angeregten Frage so lange in suspenso bleiben muss, bis einmal Zaufal's vorgeschlagene Versuche durchgeführt sein werden. Besonders erfreut ist er über die Uebereinstimmung in der Behandlungsweise Seitens Lucae's, und hält

Digitized by Google

auch er diese und Moos' Vorsicht bei den ersten directen Injectionen durch das Paukenröhrchen nothwendig.

III. Sitzung am 5. August, Nachmittags.

Vorsitzender: Mc. Bride (Edinburg).

3) Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? Referent: Hessler (Halle).

Hessler bespricht zuerst die 4 in Frage kommenden Methoden nach Schwartze, Wolf, Küster und v. Bergmann. —Nach der Schwartze'schen Methode geht man nur in's Antrum hinein, und spült so lange gründlich durch Fistel und Tuba, bis die Eiterung im Ohre eine minimale geworden ist. Sie hat allen Operateuren bei den acuten Eiterungen im Wartzenfortsatze Resultate ergeben; nicht so bei den chronischen. Die Chirurgen haben sich gegen die ständigen Durchspülungen ausgesprochen, dass sie die Weiterverbreitung der Eiterung begünstigen dürften. — Seit 1½ Jahren hat Hessler den Bleinagel weggelassen, da er in 9 Fällen, in denen das Wasser eben noch gut durchfloss, gleich nach dem Einführen desselben Hirnerscheinungen, Erbrechen, Schwindel bekam, in 5 Fällen musste der Nagel entfernt werden, um Herr der Hirnreize zu werden, und die operative Heilung der Eiterung wurde dadurch aufgegeben. In 4 Fällen gingen dieselben durch richtige Lage und Abstinenz von Essen und Trinken wieder zurück, je 2 Mal traten Taubheit und Tod durch Meningitis nach 3 Tagen ein.

Die Wolf'sche Methode eignet sich nur bei Caries im Gehörgang und bei Vorlagerung des Sinus transversus.

Bei der Küster'schen Methode wird die hintere Gehörgangswand principiell weggenommen, man lässt dabei Antrum mast. unbehandelt und operirt neben dem Krankheitsherde, nicht in denselben hinein; die Operation ist technisch schwierig; in den acuten Fällen trat Eiterung ein, obwohl das Mittelohr nicht vollkommen freigelegt war, und in den chronischen suchte Küster bis in's Mittelohr zu gelangen. Für diese Methode hat sich Zaufal ausgesprochen und in 14 Fällen von chronischer Eiterung Heilung erzielt.

v. Bergmann geht durch die Knochenzwischenwand zwischen mittlerer Schädelgrube und äusseren Gehörgang bis in's Mittelohr hinein und nun erst in's Antrum. Diese Methode genügt bei alleiniger Caries in der spongiösen Portion der Schuppe.

Hessler empfiehlt, in allen Fällen mit der Methode nach Schwartze zu beginnen, und dann umsomehr nach v. Bergmann nach vorn über den Gehörgang zu meisseln, und die ganze hintere und obere Gehörgangswand wegzunehmen, je mehr sich Eiterung und Caries noch über die Schuppe verbreitert zeigen. Diese Methode ist technisch nicht so schwierig, und bietet mehr Sicherheit für die Labyrinthwand, als die Küster'sche; Hessler hat dieselbe vor der Küster'schen Arbeit in 6 Fällen angewendet und Heilung erzielt. In den letzten 1½ Jahren hat Hessler 43 Mal aufgemeisselt; geheilt wurden 36 Patienten, ungeheilt und noch in Behandlung blieben 6, 1 blieb fort und 5 starben: 2 an Meningitis und je 1 an chronischer Lugentuberculose, an acuter tuberculöser Basilarmeningitis und an Pyämie mit metastatischem Pyopneumothorax.

Digitized by Google

4) Nachbehandlung des aufgemeisselten Warzenfortsatzes. Referent: Kretschmann (Magdeburg).

Im Allgemeinen hat die Nachbehandlung für eine zweckmässige Diät des Operirten durch Bettruhe, geeignete Ernährung, Vermeidung von forcirten Bewegungen Sorge zu tragen. Local fällt ihr die Versorgung der Operationswunde und des Gehörgangs mit Paukenhöhle zu. Die Naht der Wunde ist gerechtfertigt, wenn ein schneller Verschluss beabsichtigt ist, wie bei Excision eines Knochenstückes wegen Neuralgie; in allen Fällen eitriger Natur ist es richtiger, dieselbe nicht zu machen, sondern zu tamponiren, ohne Drainage anzuwenden. Der Verband soll, wenn kein Fieber auftritt, so lange als möglich liegen bleiben, 6 Tage und darüber. Die späteren Verbände müssen schon wegen der stärkeren Secretion in kürzeren Zwischenräumen (2—3 Tage) gewechselt werden. Die Spülungen sind mit antiseptischen Mitteln zu machen; wo ein Verschlucktwerden durch die Tube stattfindet (bei Kindern), nimmt man sterilisirte 0,75procentige Kochsalzlösung. In chronischen Fällen werden Massendurchspülungen mit dem Catheter angewendet oder mit luftdicht in den Gehörgang gesetzter Spritze, wo dies angängig ist. In chronischen Fällen muss man den Wundcanal längere Zeit offen halten. In der Regel genügt die Tamponade auf Monate hinaus, wie sie Stacke empfohlen hat. Meistens wird der Bleinagel verwendet, der aber öfters bei stockender Communication Beseitigung der hindernden Granulation mit Lapis erfordert. Im Gehörgang und Paukenhöhle müssen pathologische Zustände gleichfalls local behandelt werden, die Operationshöhle darf erst zuheilen, wenn die Eiterung aus der Paukenhöhle sistirt hat. Mit Entfernung des Fremdkörpers pflegt sich die Wunde schnell zu schliessen. Eine etwaige persistente Oeffnung bringt keine Nachtheile.

Discussion:

Jacobson (Berlin) berichtet über 326 in der Berliner Universitäts-Ohrenclinik ausgeführte Warzenfortsatz-Aufmeisselungen und die hierbei gewonnenen Erfahrungen.

Jansen (Berlin) theilt die Statistik des letzten Jahres, beziehungsweise des Resultates nach den Warzenfortsatzoperationen aus der Berliner Universitäts-Ohrenclinik mit. Dieselbe ist bedeutend günstiger, als die aus den vorhergehenden Jahren. Er empfiehlt, die hintere Gehörgangswand und die ganze laterale Paukenhöhlenwand fortzunehmen, nach geräumigster Freilegung und Erweitern des knöchernen Gehörganges nach oben bis an den Boden der mittleren Schädelgrube vorzuschreiten. Die Eingangsöffnung der Wunde sei recht geräumig, damit die Wundhöhle anstatt eines engen Trichters die Form einer flachen Wundhöhle gewinne, wodurch die Ausheilung bedeutend erleichtert wird. Die Heilung erfolgt meist zwischen 2—4 Monaten.

Zaufal (Prag) bemerkt, dass seine Methode sich von der an der Lucae'schen Clinik geübten nur dadurch unterscheidet, dass er vorwiegend mit der Luer'schen Zange arbeitet und mit derselben auch die Pars ossea der äusseren Paukenhöhlenwand entferne. Um etwa zurückbleibende Knochensplitter oder cariöse Gehörknöchelchen noch aufzufinden, eröffnet er nach 2—3 Tagen den Verband, und nach nochmaliger Durchmusterung der Höhle wird erst die definitive Vereinigung vorgenommen.

Digitized by Google

Stacke (Erfurt) bestätigt die günstigen Erfolge, welche Zaufal und Lucae nach Wegnahme der hinteren und oberen Gehörgangswand bei der Aufmeisselung gesehen haben. Seit 1½ Jahren operirte er etwa 20 Fälle in dieser Weise, und bei allen chronischen Fällen entfernt er principiell die hintere Wand bis zum Aditus ad antrum.

Ludewig (Halle) fragt Zaufal, ob er nicht die Befürchtung hege, bei der Anwendung der Luer'schen Zange den Steigbügel zu entfernen resp. in seiner Verbindung mit dem ovalen Fenster zu beschädigen.

Zaufal ist es bisher noch nicht begegnet, dass der Steigbügel aus seiner Verbindung gelöst worden wäre, er glaubt aber nicht, dass ein solches Ereigniss so sehr schlechte Folgen haben würde, wenn nur gut antiseptisch operirt wird. Die Fenestra ovalis wird sich, wie Kessel das ja schon gezeigt, mit einer Bindegewebsmembran schliessen. Man kann sich übrigens davor schützen, wenn man bei freigelegtem Antrum die Tensorsehne und die Ambos-Steigbügelverbindung durchtrennt.

Ludewig theilt die Ansicht Zaufal's, dass eine Mitentfernung des Steigbügels nicht zu fürchten sei. Ihm selbst ist es gelegentlich der Hammer-Ambosextractionen 2 Mal passirt, dass der Steigbügel unbeabsichtigt mitentfernt wurde; in dem einen Falle handelte es sich um eine alte stinkende Scharlacheiterung. Beide verliefen fieberlos und gingen in Heilung über.

5) Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. Referent: Stacke (Erfurt).

Stacke unterscheidet zwischen den Indicationen der Operation, welche nur der Besserung des Gehörs dienen, und denen, welche die Heilung gewisser Formen chronischer Mittelohreiterungen anstreben. Manche sonst unheilbare Schallleitungshindernisse diesseits des Steigbügels bei erhaltenen Hörnerven können durch Excision des Trommelfells mit dem Hammer und eventuell dem Ambos beseitigt werden unter Besserung des Hörvermögens und Verschwinden subjectiver Geräusche. Hierher gehören: Totale Verkalkung des Trommelfells, Ancylose des Hammer- und Ambosgelenkes und narbige Verwachsungen, sämmtlich Residuen früherer Eiterung oder adhäsiver Entzündung der Paukenhöhle; ferner unheilbare, aber uncomplicirte Tubenverwachsung. Selbst bei nicht mehr ganz frei beweglichem Steigbügel können functionell befriedigende Erfolge erzielt werden, sofern die Hindernisse in der Schallleitung zum grössten Theil diesseits des Steigbügels gelegen sind. Dagegen sind diejenigen Erkrankungen des schallleitenden Apparates, welche erfahrungsgemäss vorwiegend den Steigbügel betreffen und einen ausgesprochen progredienten Charakter haben, von der Indication ausgeschlossen, so die Sclerosen der Paukenschleimhaut. — Ungleich bedeutungsvoller ist die Excision des Hammers und des Ambos in neuester Zeit zur Heilung derjenigen chronischen Eiterungen der Paukenhöhle geworden, welche durch Caries der Gehörknöchelchen und der sie umgebenden Wände der Paukenhöhle, sowie durch die Cholesteatome des Mittelohres unterhalten werden. Während man früher die Operation aus Furcht vor späterer Hörverschlechterung nur auf die Fälle beschränkte, wo das Gehör schon sehr herabgesetzt war, hat Stacke sich überzeugt, dass die Operation bei dieser Indication das Hörvermögen nur selten verschlechtert, meist bessert, in vielen Fällen unverändert lässt. Die spätere Function gestaltet sich daher

Digitized by Google

um so besser, je besser das Gehör vor der Operation war. Damit fällt jede Contraindication weg und die Excision des Hammers und Ambos sammt dem Trommelfell oder dessen Resten darf unbedenklich vorgenommen werden bei Caries der Gehörknöchelchen und Cholesteatom der Paukenhöhle, ja auch ohne Rücksicht darauf, ob die Gehörknöchelchen selbst cariös sind, bei unheilbaren Eiterungen, bedingt durch Caries im oberen Raum der Paukenhöhle, dem sogen. Atticus. Doch reicht die Excision der Gehörknöchelchen, mögen sie cariös sein oder nicht, in diesen Fällen, welche die überwiegende Mehrzahl bilden, nicht einmal aus. Für diese Fälle, welche selbst durch die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes nur nach langer, mühsamer Nachbehandlung und auch dann nicht immer geheilt werden können, hat Stacke eine neue Operationsmethode geübt und mit Erfolg angewendet, welche bei absoluter Gefahrlosigkeit eine möglichst gründliche Entfernung alles kranken Knochengewebes ermöglicht.

Nach Umschneidung der Ohrmuschel und querer Durchtrennung des Gehörganges wird bei directem Tageslicht Trommelfell und Hammer entfernt, die knöcherne Umrandung des Trommelfells abgemeisselt, besonders nach oben und hinten oben, sodann der Ambos extrahirt, wodurch die ganze Paukenhöhle, insbesondere auch das Tegmen tympani sichtbar und frei zugänglich wird. Cariöse Stellen daselbst werden ausgekratzt. Drainage des Gehörgangs und Naht ohne vorherige Ausspülung. Wunde in 3 Tagen per primam geheilt. Die Nachbehandlung vom Gehörgang aus kann nun alle sonst nicht zugänglichen Theile der Paukenhöhle wirksam erreichen. Dadurch wird die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in den Fällen überflüssig, in welchen das Antrum mastoideum selbst nicht erkrankt ist, aber früher vielfach zum Zweck ausgiebiger Durchspülungen der Paukenhöhle eröffnet wurde. Ist der Warzenfortsatz gleichfalls krank, was sich meist mit Sicherheit während der Operation durch Sondirung des Verbindungsganges zwischen Antrum mastoid. und Paukenhöhle ergiebt, so wird das Antrum an der typischen Stelle aufgemeisselt und mit der Paukenhöhle durch völlige Wegnahme der hinteren Gehörgangswand bis zum Aditus ad antrum verbunden. Die in letzterem steckende Sonde verhütet sicher die Verletzung des Facialis und des Bogenganges. Diese Operation ist den von Küster und von Bergmann vorgeschlagenen bezüglich des Endeffectes mindestens gleich zu achten, trägt aber mehr als diese der Dignität des Gehörorgans Rechnung, da sie Nebenverletzungen bei richtiger Ausführung vermeidet. Abkürzung der Behandlung und Ermöglichung von Dauerverbänden sind weitere Vortheile der Methode.

6) Samuel Sexton (New-York): Treatment of deafness, noises in the head and otorrhoea by excision of the drumhead and ossicles.

Discussion:

Lucae (Berlin) bestätigt die Ansicht von Sexton, dass bei totaler Taubheit in Fällen von Sclerose die Excision des Trommelfells und der Gehörknöchelchen sehr zweifelhafte Erfolge zeigt; bei nicht sehr vorgeschrittener Taubheit indessen nützt die Operation so weit, dass die Schwerhörigkeit nicht mehr zunimmt.

Digitized by Google

Kessel (Jena) erwähnt, dass er bei circumscripter Caries des Hammerkopfes nur den Hammer, nach Circumcision desselben, ausschneidet, den Ambos zurücklässt und das geschlossene Trommelfell an den Ambos anheilt.

Löwe (Berlin) spricht im Anschluss über die Resection der Pars supratympanica.

Shirmunsky (Petersburg) bemerkt, wenn bei Sclerose der Paukenhöhle die verschiedenen Untersuchungsmethoden keinen Aufschluss über die Beweglichkeit der Stapesplatte geben, kann man noch immer eine Probepunction des Trommelfells machen und bei erfolgter Hörverbesserung die Operation fortsetzen.

IV. Sitzung am 6. August, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Politzer (Wien).

7) Pathologische Anatomie des Labyrinthes. Referent: Steinbrügge (Giessen).

Steinbrügge spricht einleitend über die Methoden, welche in früherer Zeit für die pathologisch-anatomische Untersuchung labyrinthärer Erkrankungen in Gebrauch waren, und über die Fortschritte, welche in neuerer Zeit durch Ausfüllung der labyrinthären Hohlräume mit Celloidin und Zerlegung des Hörorgans in microscopisch feine Schnitte nach dieser Richtung hin erzielt worden sind. Es kommt darauf an, Knochen und Weichtheile in ihrem natürlichen Zusammenhange und ohne grobe Zerstörung der Gewebstheile zu untersuchen. S. bespricht sodann die Hyperämien und Blutextravasate, welche im Labyrinthe häufiger vorkommen, als gewöhnlich angenommen wird; bei jeder intensiveren Hyperämie findet man mehr oder weniger freie Blutkörperchen, welche aus den Gefässen ausgetreten sind. Dieser Beobachtung entsprechen auch die so häufigen Befunde von Pigment an verschiedenen Stellen des Labyrinthes. Hyperämie und Extravasate findet mam demnach bei schweren Mittelohrentzündungen, welche im Verlaufe von Infectionskrankheiten oder durch Constitutions-Anomalien verursacht auftreten, ferner bei Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute — hämorrhagische Pachymeningitis, tuberculöse Meningitis, Tumorenbildung innerhalb der Schädelhöhle —, endlich bei leucämischen Erkrankungen, bei welch' letzteren die Extravasate allerdings zum grössten Theile aus weissen Blutzellen bestehen. — Die Symptome der Ménière'schen Krankheit können bald von mechanischen, bald von entzündlichen oder hämorrhagischen Vorgängen hergeleitet werden; es empfiehlt sich daher nicht, mit dieser Bezeichnung eine ganz bestimmte Form einer Labyrinthaffection kennzeichnen zu wollen.

Die labyrinthären Entzündungen leichteren Grades, ferner diejenigen, welche im Gefolge sclerosirender Mittelohrprocesse auftreten, sind pathologisch-anatomisch noch wenig erforscht; am besten bekannt sind diejenigen Entzündungen, welche zuweilen durch Infectionskrankheiten verursacht werden. Auch in diesen Fällen sind organisirte Krankheitskeime in ätiologischer Beziehung in erster Linie zu berücksichtigen. S. spricht über die Wege, auf welchen die Infectionsträger in das Labyrinth eindringen können, über die Möglichkeit einer primären Labyrinthentzündung, gegenüber den bis jetzt zahlreichen Befunden von secun-

Digitized by Google

dären Entzündungen, bei welchen die Infectionsträger von der Schädel- oder Paukenhöhle aus in das Labyrinth eindrangen.

Was die verschiedenen Infectionsträger und deren Thätigkeit innerhalb der labyrinthären Räume betrifft, hebt S. die Thatsache hervor, dass diese Krankheitsstoffe eine überraschende Uebereinstimmung hinsichtlich ihrer Wirkungskreise zeigen. In höchster Potenz veranlassen sie nämlich eine Mortification der Gewebe, wodurch die Labyrinthgebilde oft sehr rasch zerstört werden, ferner leiten sie sehr bald eine reactive, gewöhnlich mit Eiterbildung einhergehende Entzündung ein. Diese letztere führt zu einer Neubildung gefässreichen Bindegewebes, welches die Hohlräume des Labyrinthes mehr oder weniger ausfüllt und später Kalkablagerungen aufnehmen, oder in wirkliches Knochengewebe umgewandelt werden kann. Die Verknöcherungen des Labyrinths, welche bei Untersuchungen von Taubstummen so häufig gefunden werden, sind ohne Zweifel zum grössten Theile auf Labyrinthentzündungen während des fötalen Lebens oder einer frühen Periode des extrauterinen Lebens zurückzuführen. — Die geschilderten Vorgänge sind bei den im Gefolge der Cerebrospinal-Meningitis auftretenden Labyrinthentzündungen beobachtet worden, ferner in Fällen von Diphtherie, Osteomyelitis und Leucämie, sowie nach traumatischen Verletzungen. Unter den chronischen Infectionskrankheiten führen die Tuberculose und Syphilis zuweilen zu ähnlichen Ausgängen, wenngleich bei beiden der Verlauf der Affection durch die Eigenartigkeit der vitalen Eigenschaften der den betreffenden Krankheiten zu Grunde liegenden Krankheitskeime modificirt wird.

Hinsichtlich der Entzündungen, welche speciell die Schnecke betreffen, macht S. auf den übereinstimmenden Befund verschiedener Forscher aufmerksam, darin bestehend, dass die erste Schneckenwindung gar oft in Betreff der Zerstörung, als auch der Neubildungsprocesse den oberen Windungen in den meisten Fällen vorangegangen war. Das umgekehrte Verhältniss, dass die Spitze der Schnecke zuerst erkrankt, scheint seltener vorzukommen; dementsprechend ist auch Atrophie der Nervenfasern und selbst des Corti'schen Organs bis jetzt häufiger innerhalb dar Lamina spiralis ossea der ersten Windung gefunden worden. (Schluss folgt.)

Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle.

Von

Dr. **G. Schütz** in Mannheim.

(Schluss.)

Wernher hat sämmliche Beobachtungen von Ectasie der Highmorshöhle, welche bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts zurückreichen, im Jahre 1876 zusammengestellt. In keinem der mitgetheilten Fälle war eine Ansammlung von Eiter oder Serum im freien Raum des Sinus maxill. die Ursache seiner Auftreibung, sondern jedesmal handelte es sich um Cystenbildung. Andererseits wird von den neueren Beobachtern, welche über viele hundert Fälle von Kieferhöhleneiterung berichtet haben, übereinstimmend gemeldet, dass eine Ectasie dabei nicht vorhanden war.

Digitized by Google

Die Gründe, welche einen dauernden Verschluss des Ostium max. und damit die Möglichkeit einer Auftreibung der Kieferhöhlenwandungen bei fortdauernder Eitersecretion nicht zu Stande kommen lassen, scheinen mir naheliegend Nehmen wir an, das Ostium max. sei durch Schleimhautschwellung verlegt — das Ostium accessorium lassen wir ausser Betracht, da wegen seiner Gestalt und Weite eine Verschwellung nicht möglich ist —, so kann der Austritt des Eiters auf die Dauer dadurch nicht verhindert werden. Es steht vielmehr zu erwarten, dass bevor die Knochenwandungen verdünnt und aufgetrieben werden, der nachgiebigere, weil aus Weichtheilen bestehende Verschluss des Ostium von der andrängenden Flüssigkeit durchbrochen wird, eine Annahme, die ihre Giltigkeit behält, wenn statt des Ostium der Hiatus semilunaris verschwellt ist. Besondere Umstände, welche die gebührende Beachtung noch nicht gefunden haben und wohl eines eingehenderen Studiums werth sind, scheinen mir ausserdem auf den Austritt des Eiters aus der Highmorshöhle befördernd einzuwirken.

Braune und Clasen haben nachgewiesen, dass bei jeder Inspiration (Nasenathmung vorausgesetzt) eine Verdünnung der Luft in den Nebenhöhlen der Nase, bei jeder Exspiration eine Verdichtung derselben stattfindet. Mit andern Worten bei jeder Inspiration wird Luft aus den Nebenhöhlen in die Nase, bei jeder Exspiration aus der Nase in die Nebenhöhlen aspirirt. Ist nun in der Kieferhöhle an Stelle der Luft Eiter, so kann kein Zweifel sein, dass bei jeder Inspiration von letzterem in die Nasenhöhle gesaugt wird, ohne durch die folgende Exspiration in die Höhle zurückgedrängt zu werden, da ja der Eiter während der Dauer der Inspiration hinreichend Zeit hat, vom Ostium, beziehungsweise Hiatus semilunaris in den freien Raum der Nasenhöhle abzufliessen. Es ist aber vorauszusetzen, dass auch bei Verschwellung des Ostium diese inspiratorische Saugwirkung nicht ausser Wirksamkeit tritt, vielmehr dürfen wir annehmen, dass der Verschluss des Ostium durch die geschwellte Schleimhaut, da diese sich der Hauptsache nach auf der äusseren Fläche der Nasenwand der Kieferhöhle befindet, die Passage von letzterer nach der Nasenhöhle weniger behindern wird als in umgekehrter Richtung.

Von dem Vorhandensein der inspiratorischen Saugwirkung auf den Inhalt der Kieferhöhle auch bei Schleimhautschwellung kann man sich überzeugen, wenn man die Durchspülung des an Empyem erkrankten Antrum — dabei bilden ja bekanntlich Verschwellungen des Ostium max., des Hiatus semilun. und der mittleren Muschel die Regel — vom Alveolarfortsatz aus vornimmt mit einem unter nahezu constantem Druck wirkenden Apparat, z. B. einer Spritzflasche, wie ich sie benutze, an deren einem Glasrohr ein grosses Doppelgebläse, an deren anderem ein Gummischlauch mit dem Spülröhrchen befestigt ist. Es wird hierbei der aus der Nase abfliessende Wasserstrahl während der Inspiration verstärkt, bei der Exspiration vermindert, ein Phänomen, das am deutlichsten zur Beobachtung kommt, wenn man die Spülflüssigkeit unter einem möglichst geringen Druck in die Kieferhöhle eintreten lässt.

Es ist eine häufig gemachte Beobachtung, dass bei Empyemkranken der Eiterabfluss aus der Nase während der Nacht geringer ist, oder ganz sistirt, dagegen im Laufe des Vormittags in verstärktem Maasse auftritt. Man hat dies so gedeutet, dass während der Bettlage die Kopfhaltung für die Ent-

Digitized by Google

leerung des Sinus maxill. eine ungünstige sei, der Eiter deshalb sich darin ansammle, um dann, nachdem Patient das Bett verlassen, besonders beim Bücken und ähnlichen Bewegungen entleert zu werden. Sollte nicht in solchen Fällen die Eiteransammlung während der Nacht hauptsächlich dadurch begünstigt werden, dass diese Patienten in Folge der gleichzeitig vorhandenen Muschelschwellung an einer Behinderung der Nasenathmung leiden, ein Umstand, der bekanntlich während der horizontalen Bettlage meistens Mundathmen hervorruft, während bei aufrechter Haltung die Nasenathmung noch möglich ist? Das hiesse also, der Eiter sammelt sich während der Nacht im Antrum an, weil die inspiratorische Saugkraft der Nasenathmung fehlt, und wird Tagsüber vermehrt entleert, weil dieselbe während dieser Zeit in Wirksamkeit tritt.

Ein weiterer Umstand, der den Abfluss des Eiters aus dem Antrum max. nach der Nasenhöhle begünstigt, möchte in der activen Hyperämie der geschwellten Schleimhaut selbst zu suchen sein, welche das Ostium max., oder falls eine Verengerung des Hiatus semilunar. das Hinderniss abgiebt, diesen letzteren umsäumt. Bei jeder vermehrten Füllung der Gefässe durch die Herzsystole wird nämlich die Oeffnung eine Verengerung, bei jeder Diastole eine Erweiterung erfahren. In diesem Augenblick der Erweiterung wird nun eine gewisse Menge des Eiters — vorausgesetzt, dass er die Highmorshöhle vollständig anfüllt — in den Schleimhautring eintreten, um aber durch die nächste Systole in die Höhle wieder zurückgedrängt zu werden; und dies wird sich so lange wiederholen, als der Blutdruck höher ist als die Spannung des Höhleneiters. Ist aber in Folge der fortdauernden Secretion des Eiters dessen Druck demjenigen des Blutes gleichgekommen, so kann der während der diastolischen Erweiterung in den Schleimhautring eingetretene Eiter durch die systolische Verengerung desselben nicht mehr in das Antrum zurückgepresst werden, sondern er wird unter der Voraussetzung, dass er während der Diastole bis zu dem nach der Nasenhöhle gelegenen Rand des Ringes gelangt war, nunmehr in der Richtung des geringsten Widerstandes, also in die Nase befördert. Ist aber der Dickedurchmesser des verschwellten Ostium ein grösserer, und war der Eiter in Folge dessen während der Diastole nur etwa bis zu dessen Hälfte eingedrungen, so wird er während der folgenden Systole nicht im Stande sein, die noch vor ihm liegende andere Hälfte des Schleimhautringes zu durchbrechen, da beide ja unter gleicher Spannung stehen; er wird also zunächst auf seinem Platz verharren. Bei der nun folgenden diastolischen Erweiterung fällt dieses Hinderniss aber weg und der Eiter wird jetzt, während gleichzeitig eine 2. Portion Höhleninhalt an seine Stelle tritt, in die äussere Hälfte des Ostium eintreten können, um durch die nächste Systole in die Nasenhöhle gepumpt zu werden. Dieser Entleerungsmechanismus der Highmorshöhle wird so lange in Wirksamkeit bleiben, als die Spannungsverhältnisse die oben angegebenen sind, und er wird ausser Function treten, sobald in Folge von Abgang einer gewissen Menge Eiters aus dem Antrum in die Nase der Druck des letzteren unter den Blutdruck gesunken ist.

Wir können übrigens den gleichen Mechanismus direct beobachten bei dem Durchtritt des Eiters zwischen dem hypertrophirten vorderen Ende der mittleren Muschel und dem „lateralen Schleimhautwulst“

Digitized by Google

der äusseren Nasenwand. Man sieht hierbei häufig in dem engen Spalt, den beide miteinander bilden, einen pulsirenden Lichtreflex, der dadurch entsteht, dass der Eiter unter dem Einfluss der activen Hyperämie der geschwellten Schleimhaut stossweise hervordringt („hervorpulsirt") — Schöller, Walb.

Es erübrigt noch den wichtigsten Grund, den man von jeher für das Vorkommen einer Auftreibung der knöchernen Kieferhöhlenwandungen durch Ansammlung von Eiter im freien Raum des Antrum angeführt hat, einer Prüfung zu unterziehen. Es ist dies die, wenn auch seltene, so doch unzweifelhaft vorkommende Ectasie der Stirnhöhle. Diese Höhle sollte, wie man allgemein annahm, in ihren anatomischen Verhältnissen mit der Highmorshöhle übereinstimmen. Eine eingehendere Untersuchung, die ich an einigen Sagittaldurchschnitten vornahm, belehrte mich indessen, dass diese Uebereinstimmung sich nicht auf die Ostien der beiden genannten Höhlen erstreckt und gab mir damit die Erklärung für die Möglichkeit der dauernden Sistirung des Eiterabflusses bei dem Empyem der Stirnhöhle. Ich fand nämlich, dass die Communication zwischen Stirnhöhle und Nase nicht, wie man bisher annahm, durch eine Oeffnung, dem Ostium der Kieferhöhle entsprechend, hergestellt wird, sondern durch einen beiläufig 10 Mm. langen Gang, dessen innere (Nasen-) Wand durch das vordere Ende der Ansatzplatte der mittleren Muschel gebildet wird. Unter solchen Umständen wäre das verschiedene Verhalten der Kiefer- und Stirnbeinhöhlenempyeme in Bezug auf eine Auftreibung der Knochenwandungen leicht erklärlich. Denn so einleuchtend es ist, dass ein einfaches Loch, wie es das Ostium maxillare ist, durch Schwellung der es umgebenden Schleimhaut dem Eiter den Durchtritt auf die Dauer nicht wehren kann, so ist es andererseits ebensowenig zu bezweifeln, dass dies möglich ist, wenn der Eiter, wie bei dem Empyem der Stirnhöhle, einen längeren, durch geschwellte Schleimhaut verlegten Gang passiren soll.

Zu meiner freudigen Ueberraschung haben die oben angeführten anatomischen Verhältnisse unterdessen eine sehr wesentliche Bestätigung vor wenigen Tagen erhalten durch die Mittheilungen von Dr. Hansberg in Dortmund über die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase (Monatsschrift für Ohrenheilheilkunde etc. No. 2 und 3, 1890). Derselbe hat zahlreiche Untersuchungen über die topographischen Verhältnisse der Ostien der Nebenhöhlen der Nase zum Zweck ihrer Sondirung vorgenommen und gefunden, dass die Verbindung zwischen Nase und Stirnhöhle durch einen 8—12 Mm. langen Gang erfolgt, den er den Stirnhöhlennasengang nennt und der nur selten fehlt. Es wäre diesen mit grosser Sorgfalt an dem gewaltigen Material von 80 Leichen angestellten Untersuchungen wohl volle Beweiskraft zuzusprechen, wenn der Autor bei der Beschreibung dieses Ganges sich bewusst gewesen wäre, dass er sich damit im Gegensatz zu sämmtlichen Anatomen (Zuckerkandl einbegriffen) bringt, die nur von einem Ostium frontale, aber von keinem Ductus nasofrontalis sprechen.

Sollte dieser Stirnhöhlennasengang durch weitere anatomische Untersuchungen seine Sanctionirung erhalten, so stünde meines Erachtens kein Hinderniss mehr im Wege, die Ectasie der Highmorshöhle als Folge von Eiteransammlung endgiltig aus der Lehre vom Empyem des

Digitized by Google

Antrum max. zu streichen; denn wenn wir auch die Möglichkeit zugeben müssen, dass eine narbige Verwachsung in Folge einer syphilitischen Ulceration oder eine maligne Neubildung einen dauernden Verschluss des Ostium und als weitere Folge eine Ectasie des Sinus max. durch eingesperrten Eiter unter Umständen herbeiführen könne, so ist erstere bis jetzt (meines Wissens) nicht beobachtet worden und bei letzterer ist der gleichzeitig vorhandene Eiter nebensächlich.

Ich möchte diese Mittheilung nicht schliessen, ohne auf eine gewisse practische Bedeutung des oben beschriebenen, nach Zahnextraction entstandenen Empyemfalles hingewiesen zu haben.

Seitdem man die Zahncaries als häufigste Ursache des Antrumempyems erkannt hat, ist dem Zustand der Zähne von Seiten der Rhinologen erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet worden, und der von Walb u. A. ertheilte Rath, einen cariösen Backenzahn des Oberkiefers, bei dem zum Zweck des Plombirens der Krankheitsherd nicht mit aller Sicherheit entfernt werden kann, zur Verhütung einer Kieferhöhleneiterung auch dann ausziehen zu lassen, wenn er nicht schmerzt, erfreut sich allseitiger Billigung. Aus der von mir mitgetheilten Beobachtung geht aber hervor, dass gerade die zur Verhütung des Empyems vorgenommene Extraction dasselbe hervorgerufen hat. Einige Vorsicht bei der Festsetzung der Indication für die Zahnextraction erscheint deshalb nicht überflüssig, und dies um so mehr, als das Highmorshöhlenempyem als Folge einer Zahnextraction doch nicht so selten vorzukommen scheint, als man bisher angenommen hat. So habe ich in den letzten Wochen 2 weitere Fälle von Empyem zur Behandlung bekommen, wo die Patienten mit aller Bestimmtheit angaben, dass sie niemals früher ein Nasenleiden gehabt. Bei dem einen erfolgte der Ausfluss stinkenden Eiters 5 Tage, bei dem anderen nur einen Tag nach der Zahnextraction; meine Behandlung begann etwa 8 Tage später. Bei beiden gelang die Durchspülung durch einen Fistelgang, der von der Alveole in das Antrum max. führte. Jedenfalls dürfte eine erneute Prüfung der Frage nicht überflüssig sein.

Aber selbst dann, wenn wir die Extraction eines cariösen Zahnes der Anbohrung der Kieferhöhle, bei der wir Empyem vermuthen, vorausschicken, scheint eine gewisse Vorsicht am Platze.

Die grosse Zahl der Kieferhöhleneiterungen, welche in den letzten 10 Jahren mitgetheilt wurden, hat das Interesse der ärztlichen Welt in hohem Grade erregt, aber doch auch einiges Misstrauen in Betreff der richtigen Diagnosenstellung nicht nur von Seiten der Chirurgen, sondern auch der Rhinologen (Störk bei den Verhandlungen des Wiener Aerztecollegiums, Decbr. 1889) hervorgerufen. Selbst den Vorwurf, dass manches Empyem erst in Folge der Anbohrung und Durchspülung der Kieferhöhle enstanden sei, hat man erhoben. Und ich glaube, dass man diesem letzteren Vorwurf nicht alle Berechtigung absprechen kann.

Wenn wir zugeben müssen, dass durch die Extraction eines cariösen Backenzahnes, dessen Wurzeln in die Highmorshöhle reichen, unter Umständen ein Empyem derselben hervorgerufen werden kann — und nach meinen Beobachtungen möchte ich daran nicht zweifeln —, so werden wir auch nicht in Abrede stellen können, dass eine von uns sofort nach der Extraction eines cariösen Zahnes von dessen Alveole aus vorgenommene Anbohrung einer bisher gesunden Kieferhöhle eine Eiterung derselben zur

Digitized by Google

Folge haben kann, da dann auch hier Eitercoccen, die von der Wurzelperiostitis in der Alveole zurückgeblieben, der Zugang zu der Wunde der Kieferhöhlenauskleidungsmembran ermöglicht würde.

Ich halte es deshalb gerechtfertigt, wo wir ein Empyem der Highmorshöhle vermuthen, der Zahnextraction nicht sofort die Anbohrung derselben folgen zu lassen, sondern damit einige Tage zu warten, bis die Entzündungs- und Eiterungsvorgänge in der Alveole vorüber sind, oder falls man die Operation aus äussern Gründen nicht verschieben könnte, die Eröffnung nicht vom Zahnfach, sondern von der Nase aus vorzunehmen.

Aus der ambulatorischen Klinik für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten zu Heidelberg.

Zur Diagnose des Empyems der Highmorshöhle.

Von

Dr. med. **Klingel.**

Von den Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase hat in neuester Zeit besonders das Empyem der Highmorshöhle eine allgemeinere Aufmerksamkeit erweckt. Einerseits bemühten sich die Autoren, zur Diagnose genannter Krankheitsform eine genaue, bestimmte Symptomatologie aufzustellen, andererseits gaben sie neue Behandlungsmethoden an oder suchten die bisherigen zu vervollkommnen. Es sei mir gestattet, die bereits reichhaltige Literatur noch durch die Veröffentlichung eines Falles zu vermehren, der auf der ambulatorischen Klinik für Nasen-, Rachen-, und Kehlkopfkrankheiten des Herrn Prof. Jurasz zur Beobachtung kam und der in Bezug auf die Diagnose in sofern von Interesse ist, als uns die Erscheinungen entschieden einen eitrigen Catarrh der Highmorshöhle vermuthen liessen und es sich dennoch herausstellte, dass es sich hier um ein ganz anderes Leiden handelte.

Frau Margarethe Strauss, 40 Jahre alt, stellte sich am 7. Januar d. J. vor. Sie gab an, seit etwa Ende August v. J. an linksseitigen Kopfschmerzen gelitten zu haben. Nach ihrer Erzählung sassen die Schmerzen zuerst in der linken Wange, später zogen sie auch auf die linke Stirnhälfte. Ferner klagte die Patientin über eitrigen Ausfluss aus der linken Nasenöffnung, der einen sehr üblen Geruch verbreitete.

Bei der Untersuchung zeigte sich die linke Nasenhälfte stenosirt, die Schleimhaut geröthet und geschwellt. Unter der mittleren Muschel sah man eitrigen, stark übelriechenden Schleim; Druck mit der Sonde auf die linke Seitenwand der Nase in der Gegend der mittleren Muschel brachte eine ganze Masse käsigen, übelriechenden Eiters zum Vorschein. Es war aber nicht möglich, mit der Sonde den Eingang in eine der Nebenhöhlen der Nase zu erreichen. Keine Druckempfindlichkeit, weder auf der Wange noch auf der Stirne. Auch die Durchleuchtung von der Mundhöhle aus wurde vorgenommen. Es zeigten sich aber beide Kieferhöhlen gleichmässig erleuchtet, und bestand keinerlei Differenz in der Durchgängigkeit für Licht. — Bei der Untersuchung der oberen Zahnreihe ergab sich, dass der zweite linke Prämolarzahn an seiner Krone völlig durch Caries zerstört und nur noch ein faulender Wurzelstumpf vorhanden war.

Digitized by Google

Am 11. Januar wurde die Highmorshöhle nach Entfernung der Reste des zweiten linken Prämolarzahnes durch einen Troicar eröffnet und dann eine Canüle eingeführt. Mittelst eines Gummiballons wurde lauwarmes Carbolwasser in die Höhle eingepumpt, welches erst mit gesteigertem Drucke durch das linke Nasenloch abfloss. Mit dem ersten Tropfen der Spülflüssigkeit floss auch eine Menge Eiter ab, der aber nicht, wie es scheinen konnte, von der Highmors-, sondern von der Nasenhöhle stammte. Dies ergab sich daraus, dass schon bei der Eröffnung der Oberkieferhöhle vom Munde aus kein Eiter ausgeflossen war, obgleich der eingestossene Troicar genügende Dicke gehabt hatte, und dass später bei genauer Erforschung der Verhältnisse die Highmorshöhle sich vollständig normal zeigte, der Sitz des Leidens dagegen in der Nase entdeckt wurde.

Es wurden nun in der Folge tägliche desinficirende Ausspülungen der Highmorshöhle vom Munde aus vorgenommen und die Fistelöffnung mit Jodoformgaze tamponirt.

Diese regelmässigen Durchspülungen wurden einige Tage lang fortgesetzt; dabei liessen die Kopfschmerzen nach und auch der üble Geruch war nicht mehr wahrzunehmen. Auch nahm die Schwellung der Schleimhaut an mittlerer und unterer Muschel und besonders im mittleren Nasengange bedeutend ab, so dass mit der Zeit sich eine Sonde ganz bequem in den mittleren Nasengang einführen liess. Bei vorsichtigem Sondiren fühlte man ganz deutlich eine rauhe Stelle am Knochen, welche etwa der Spitze des Processus nasalis des Oberkiefers in der Nähe des Nasenbeines entsprach

Die Ausspülungen der Highmorshöhle wurden bald ausgesetzt, dagegen wurde die Nasendouche weiter angewendet und regelmässig Jodol in die Nasenhöhle eingeblasen. Da der Zustand unverändert blieb und von einer operativen Entfernung des Sequesters wegen der tiefen Lage, hauptsächlich aber wegen Mangel an dringenden Indicationen Abstand genommen wurde, so wurde die Patientin am 30. Januar aus der Behandlung entlassen mit der Ordination, tägliche Nasendouchen zu machen und sich in einigen Wochen wieder vorzustellen. Die Losstossung eines wahrscheinlich nur kleinen Knochensequesters wurde also in diesem Falle zunächst und bis auf Weiteres der Natur überlassen.

Gehen wir nun zur epikrischen Betrachtung des kurz beschriebenen Krankheitsfalles über, so handelte es sich hier um eine linksseitige, 5 Monate bestehende, übelriechende Naseneiterung, verbunden mit starken Kopfschmerzen, linksseitige Schwellung der Nasenschleimhaut mit Verengerung der Nasenhöhle und eine Caries des zweiten linken Prämolarzahnes, Alles Momente, die mit grosser Wahrscheinlichkeit für eine eitrige Entzündung der Highmorshöhle sprachen.

Bekanntlich gaben die älteren Autoren für die Diagnose des Empyems der Highmorshöhle 4 sogenannte Schulsymptome an, nämlich: 1) Auftreibung der Oberkieferhöhle, 2) vermehrten Ausfluss beim Liegen auf entgegengesetzter Seite, 3) Schmerz in der Infraorbitalgegend, 4) entzündliche Schwellung der Weichtheile der Wange. Die neueren Autoren haben mit Recht diesen Standpunkt verlassen und festgestellt, dass auch geringfügige Erscheinungen diese Krankheit begleiten können. Ziem (Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 2 und 4, 1886), der selbst an

Digitized by Google

dieser Krankheit litt, zeigte, dass diese Symptome für eine Eiterung der Kieferhöhle durchaus nicht charakteristisch sind, dass die gewöhnlichen Symptome einer Eiterung insgesammt fehlen können bei trotzdem vorhandener erheblicher Eiteransammlung in derselben. Ausserdem berichtete er auch von Fällen, wo er eine Kieferhöhleneiterung vermuthete, jedoch bei Eröffnung des Antrum Highmori Eiter sich nicht vorfand. Als Hilfsmittel für die Diagnose führt er an: 1) Untersuchungen zu verschiedenen Tageszeiten bei periodisch wiederkehrender, an gewisse Tagesstunden gebundener Eiterung; 2) Lufteintreibungen in die Nase, welche den Eiter aus den Nebenhöhlen heraustreiben sollten; 3) innere Anwendung von Jod zum Zwecke einer stärkeren Eitersecretion, d. h. nur wenn eine solche schon vorher bestanden hat; 4) den Galvanocauter, der, auf die Nasenschleimhaut applicirt, bei schon vorhandener Blennorrhoe eine stärkere Secretion bewirken sollte. Abgesehen aber von diesen, für die Diagnose in manchen Fällen gewiss werthvollen Hilfsmitteln hält Ziem sich überhaupt dann für berechtigt, die Schleimhaut der Nebenhöhlen, besonders der Kieferhöhle, einer directen Behandlung zugänglich zu machen, „wenn eine Blennorrhoe der Nasenschleimhaut eine Zeit lang ohne Erfolg behandelt worden ist und wenn die Nasenschleimhaut selbst, soweit sie einer directen Besichtigung zugänglich ist, keine Anomalie zeigt, während ein periodisch wiederkehrender oder durch Lufteintreibungen hervorgerufener Eiterabfluss besteht".

Von Hartmann ist das bereits erwähnte Politzer'sche Verfahren angegeben worden, durch welches, ebenso wie in die Paukenhöhle, Luft auch in die Nebenhöhlen der Nase getrieben wird und wodurch Secrete aus letzteren entfernt werden.

B. Fränkel (Berliner klin. Wochenschrift No. 16, 1887) führt als Symptome einer Kieferhöhleneiterung an: einen bestimmten fauligen Geruch, der jedoch von dem bei genuiner Ozaena ganz verschieden ist; Absickern des Eiters bald ununterbrochen, bald nur bei gewissen Körperbewegungen. Fränkel sieht dabei ab von Fällen, bei denen das Ostium maxillare dauernd verschlossen ist, bei denen Formveränderungen der Höhle oder Fistelbildungen sich einstellen. Die Stelle, wo der Eiter zum Vorschein tritt, ist der mittlere Nasengang, lateralwärts von der mittleren Muschel, meist nahe der Mitte derselben mehr nach vorne, zuweilen nach hinten zu. Cocain erleichtert erheblich die Besichtigung des mittleren Nasenganges, indem es eine Abschwellung der Schleimhaut bewirkt. Da nicht aller Eiter, der aus dem Hiatus sich in den mittleren Nasengang ergiesst, aus der Kieferhöhle stammt, sondern auch aus den anderen Nebenhöhlen der Nase kommen kann, so empfiehlt es sich nach Fränkel, den Kranken eine Stellung annehmen zu lassen, in der sein Kopf mit dem Scheitel nach unten hängt und die gesunde Seite tiefer gehalten wird, als die kranke. „In solcher Haltung ergiessen sich die Secrete des Antrum in den mittleren Nasengang, während diejenigen der Stirn- und Siebbeinhöhlen zurückgehalten werden." Wird dann der Kranke wieder in aufrechter Haltung untersucht und findet sich Eiter im mittleren Nasengang, dann könne man annehmen, dass derselbe aus der Kieferhöhle stamme. Durch öftere derartige Untersuchungen werde dann die Diagnose gesichert. Endlich klagt nach Fränkel die überwiegende Mehrzahl der Patienten über Schmerzen, weniger in der betr. Wangen-

Digitized by Google

gegend, als in der Stirngegend; als Ursache dieser Schmerzen führt Fränkel die Anfüllung der Höhle mit Flüssigkeit an.

Im Gegensatze zu Zuckerkandl, welcher der Ansicht ist, dass eine Eiterung einer Nebenhöhle der Nase meist ein von der Nasenhöhle fortgeleiteter Process sei, und dass selbst im Anschluss daran eine Zahncaries entstehen könne, hält Fränkel im Anschluss an seine klinischen Beobachtungen die Theorie aufrecht, dass umgekehrt in den meisten Fällen eine Zahncaries das Primäre sei, und daran eine Kieferhöhleneiterung, eventuell auch ein eitriger Nasencatarrh sich anschliesse.

Von anderen Autoren, welche diesen Stoff bearbeitet haben, bringt Krieg (Med. Corresp.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins, Bd. LVIII, No. 34) nichts Neues.

Killian (Worms) [Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 10 u. 11, 1887] führt zur Diagnose noch an, dass der aus dem Antrum stammende Eiter theilweise, nicht selten ausschliesslich, nach dem Pharynx hin abfliesst. Er sagt: „Oft fällt ein Eiterstreifen auf, der, aus dem mittleren Nasengange kommend, sich quer über das Ostium pharyngeum der Tuba zur seitlichen und hinteren Pharynxwand hinzieht.“ Ob dieses Symptom überhaupt als für Kieferhöhleneiterung characteristisch aufgefasst werden kann, ist jedoch meiner Ansicht nach fraglich. Es kann doch schliesslich bei jeder Art von Erkrankung der Nase, bei welcher Eiter in mehr oder weniger reichlicher Menge secernirt wird, letzterer im Nasenrachenraume sichtbar werden, und meine ich nicht, dass dann gerade eine Kieferhöhleneiterung vorliegen müsste.

In allerneuester Zeit hat man auch zur Diagnose der Highmorshöhlenerkrankungen die Durchleuchtung mit der electrischen Glühlampe angewandt; und soll dabei die afficirte Highmorshöhle stets dunkler erscheinen, als die gesunde. (Krause, 63. Naturforschervers.)

Kehren wir nun zu unserem Falle zurück. Es handelte sich, um es kurz noch einmal zu wiederholen, um eine linksseitige, übelriechende, seit 5 Monaten bestehende Eiterung im mittleren Nasengange, dabei Kopfschmerzen und Caries des zweiten linken Prämolarzahnes. Von den vier sogen. Schulsymptomen war nur der Schmerz vorhanden. Vermehrter Eiterabfluss beim Liegen auf der gesunden Seite wurde nicht beobachtet; es hätte dies auch unmöglich sein können, da die linke Nasenhälfte stenosirt, und namentlich die Schleimhaut des mittleren Nasenganges stark geschwellt war, in Folge dessen jedenfalls nur eine ganz enge Communication mit der Kieferhöhle vorhanden war. Dagegen bestanden die zwei Bedingungen, welche nach Ziem zur operativen Behandlung ermächtigten.

Ziem's diagnostische Hilfsmittel wurden nicht angewandt. Der Ausfluss war nicht periodisch, sondern continuirlich. Lufteintreibungen (nach Hartmann) hätten schwerlich mehr Eiter zu Tage gefördert, da, wie gesagt, die Communication zwischen Kiefer- und Nasenhöhle sehr eng war. Aus diesem Grunde hätte man es auch nicht unternehmen können, durch Jod oder den Galvanocauter eine vermehrte Secretion zu bewirken. Bei der so engen Abflussöffnung hätte man dadurch nur die Beschwerden der Patientin bedeutend gesteigert. Aus eben demselben Grunde, nämlich wegen der engen Communication, hätte es auch kein positives Resultat gehabt, die Patientin nach Angabe Fränkel's ver-

Digitized by Google

schiedene Körperstellungen einnehmen zu lassen. Cocain brachte in unserem Falle die Schleimhaut des mittleren Nasenganges nur wenig zum Abschwellen; dagegen bestand der von Fränkel angegebene faulige Geruch, und war der zweite Prämolarzahn bis auf Wurzelstümpfe durch Caries zerstört. Dass man mittelst der Durchleuchtung ein negatives Resultat bekommen hatte, brauchte wohl nicht so sehr in die Wagschale zu fallen, da in dieser Hinsicht noch zu wenig Untersuchungen angestellt worden, und erst weitere Ergebnisse abzuwarten sind.

Bei den in der Krankengeschichte angeführten Symptomen waren wir völlig zu einer Eröffnung der Kieferhöhle berechtigt, da nur auf diesem Wege etwa vorhandener Eiter aus dem Antrum entfernt werden konnte. Es stellte sich aber heraus, dass es sich um ein ganz anderes Leiden handelte, als wir vermutheten. Die eingeschlagene Behandlungsweise hatte einen günstigen Erfolg, aber einzig und allein dadurch, dass durch die regelmässigen, desinficirenden Ausspülungen die entzündliche Affection im mittleren Nasengange zum Schwinden gebracht wurde. Ueber die wahre Natur des Leidens bestand erst dann Klarheit, als es nach Abnahme der Schleimhautschwellung gelang, mit der Sonde einen cariösen Process im mittleren Nasengange zu constatiren. Hier war der Sitz der Eiterung, und konnte die von der künstlich geschaffenen Oeffnung aus durch die Highmorshöhle strömende Spülflüssigkeit ihren heilenden Einfluss ausüben. Es war nicht möglich gewesen, gleich bei der ersten Untersuchung die richtige Diagnose zu stellen, da man damals wegen der bedeutenden Schleimhautschwellung nicht in den mittleren Nasengang mit der Sonde eindringen konnte. Dies war erst möglich, als Abschwellung eingetreten war.

Was die weitere Behandlung dieses Falles anlangt, so hätte man auf den cariösen Process mittelst des Galvanocauters einwirken, oder eine Auskratzung mit dem scharfen Löffel vornehmen können. Bezüglich der letzteren Behandlungsmethode ist es aber immerhin fraglich, ob man eine so wenig zugängliche Stelle wirklich mit dem scharfen Löffel erreicht, oder nicht etwa gesunde Schleimhautstellen verletzt hätte, und hätte man auch durch die Auskratzung eine zu starke Reaction der behandelten resp. misshandelten Stellen hervorgerufen. Bei der letzten Naturforscherversammlung am hiesigen Orte hat Kassnitz in einem Vortrage die Behandlung derartiger cariöser Stellen mittelst des scharfen Löffels eingehend erörtert; doch ist dies wohl nur für solche Fälle angezeigt, wo man die cariösen Stellen leicht erreichen kann, wo man sich nicht erst gewaltsam einen Zugang schaffen, oder gar im Dunkeln operiren muss.

Es schien bei unserem Falle das Beste zu sein, die Patientin einstweilen aus der Behandlung zu entlassen, ihr tägliche Nasendouche zu ordiniren, in der Erwartung, dass sich vielleicht in der nächsten Zeit ein kleiner Knochensequester von selbst losstossen würde, wodurch dann jedenfalls Heilung einträte.

Der Zweck der Veröffentlichung dieses Falles ist nur der, darauf hinzuweisen, dass wir bisher noch keine äusseren Symptome kennen, die für das Empyem der Highmorshöhle characteristisch sind, und dass noch oft Fälle vorkommen dürften, in denen die Diagnose dieses Leidens durch die Eröffnung der Oberkieferhöhle nicht bestätigt werden kann.

Digitized by Google

Wie bereits oben erwähnt, hat schon Ziem einige Fälle berichtet, bei denen sich Eiter nach erfolgter Eröffnung von dem Processus alveolaris aus in der Kieferhöhle nicht vorfand.

Unser Fall lehrt uns ausserdem noch, dass bei Anwesenheit von Symptomen, die für Affection der Highmorshöhle sprechen, stets die Möglichkeit einer Caries der Nase nicht ausgeschlossen ist. Selbst wenn bei Durchspülung von der Fistel aus Eiter aus dem betr. Nasenloche hervorkommt, braucht derselbe noch lange nicht aus der Kieferhöhle zu stammen, sondern kann einfach aus dem mittleren Nasengange mit fortgeschwemmt worden sein.

II. Referate und Recensionen.

a) Pharyngo-laryngologische:

Beiträge zur Pathologie der Zungentonsille. Von Dr. Georg Kersting. Würzburg 1889. (Verhandlungen der physikal.-med. Gesellschaft.)

Im Jahre 1852 beschrieb Kölliker Balgdrüsen an der Zungenwurzel, die constant und unter normalen Verhältnissen vorkommen. Sie bilden „eine fast zusammenhängende Schicht von den Papillae vallatae bis zur Epiglottis und von einer Mandel bis zur anderen", und stehen mit den Gaumen-, Tuben- und Pharynxtonsillen durch diffuse lymphatische Infiltration der Schleimhaut in Zusammenhang („Lymphatischer Rachenring" Waldeyer).

Stöhr wies nach, dass aus den Tonsillen und Balgdrüsen der Mund- und Zungenschleimhaut eine massenhafte Auswanderung von Leucocythen durch das Epithel hindurch stattfindet, welche die sogenannten Schleim- und Speichelkörperchen darstellen und, nach Rossbach, in Folge ihres saccharificirenden Fermentes — des Ptyalin — eine enorme zuckerbildende Kraft besitzen.

Die Hypertrophie der Balgdrüsen macht an und für sich kaum nennenswerthe Beschwerden. Nur wenn die Epiglottisspitze mit der Zungenwurzel in Berührung kommt, klagen die Pat. über Fremdkörpergefühl im Halse, Bedürfniss zum Leerschlucken, Athembeschwerden, trockenen Husten, Beschwerden bei der Phonation, Ohrschmerzen, Abmagerung etc.

Durch Sondenuntersuchung constatirte Seifert, dass die Schmerzen ausgelöst werden von den Balgdrüsen, die mit der Epiglottis in Berührung kommen; wird nun diese Stelle mit Cocain (10procent. Lösung) bepinselt und hören hiernach die Beschwerden auf, so sei die Diagnose unumstösslich.

An der Hand von 15 — zum Theile von Seifert beobachteten — Krankheitsfällen werden die Symptome und die Behandlung der Zungenbalgdrüsen-Hypertrophie ausführlicher beschrieben. In leichteren Fällen wurde Lugol'sche Lösung angewendet, in schweren der Galvanocauter. Heilung resp. Besserung trat in allen Fällen ein.

An 300 Fällen aus dem laryngologischen Curse Seifert's stellte K. Untersuchungen über die Häufigkeit der Zungenbalgdrüsen-Hypertrophie und das Verhältniss derselben zur Hypertrophie der Gaumentonsille und den Schleimhauterkrankungen des Rachens und der Zunge an und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Digitized by Google

Die Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen ist eine Erkrankung des jugendlichen und besonders des mittleren Lebensalters, während sie nach dem 45. Jahre selten wird.

Die Hypertrophie der Gaumentonsille ist hauptsächlich eine Erkrankung des jugendlichen Alters, die im mittleren Lebensalter immer seltener wird und in späteren Jahren sehr selten vorkommt. Dagegen tritt Pharyngitis granulosa in jedem Lebensalter auf, doch im jugendlichen und späteren Alter seltener, als im mittleren.

Mit dem Alter ist eine stetige Zunahme in der Häufigkeit der Venenerweiterung am Zungenrücken constatirt.

Es besteht ein Zusammenhang in der Erkrankung der Zungenbalgdrüsen und des eitrigen adenoiden Gewebes des lymphatischen Rachenringes, indem K. fand:

I. Bei normalen Zungenbalgdrüsen (176 Fälle):
22 = 12,5 pCt. Gaumentonsillenhypertrophie,
41 = 23 „ Pharyngitis granulosa,
5 = 2,8 „ Gaumentonsillenhypertrophie und Pharyngitis granulosa.

II. Bei Individuen, bei denen man zweifelhaft sein konnte, ob die Balgdrüsen hypertrophisch oder noch normal seien (67 Fälle):
16 = 24 pCt. Gaumentonsillenhypertrophie,
21 = 31,4 pCt. Pharyngitis granulosa,
7 = 10,5 „ Gaumentonsillenhypertrophie und Pharyngitis granulosa.

III. Bei hypertrophischen Balgdrüsen (57 Fälle):
17 = 30 pCt. Gaumentonsillenhypertrophie,
23 = 40,4 pCt. Pharyngitis granulosa,
7 = 12,3 „ Gaumentonsillenhypertrophie und Pharyngitis granulosa. Müller.

Leçons sur les maladies du larynx. Von Prof Dr. E. J. Moure. Paris, Octave Doin, 1890.

In der Form von 47 Vorlesungen — gehalten an der medicinischen Facultät in Bordeaux —, als stattlichen Band von 595 Seiten (mit 42 Holzschnitten) giebt der Verfasser ein vollkommenes Lehrbuch über die Krankheiten des Kehlkopfes. Seine Absicht, für practische Aerzte ein practisches Buch über die Erkrankungen des Larynx — mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen bei den einzelnen Krankheitsformen — zu schreiben, kann als vollständig gelungen bezeichnet werden, indem Verf. sich stets auf seine reiche klinische Erfahrung stützt und daneben die reiche Literatur über seinen Gegenstand (besonders auch die deutsche) entsprechend berücksichtigt.

Nach einer kurzen Einleitung bespricht Verfasser zuerst die Wichtigkeit der Laryngoscopie bei Local- und bei Allgemein-Erkrankung und giebt dann einen gedrängten Abriss der Technik der Kehlkopf-Untersuchung. Auf die Besprechung der Circulations-Störungen (Anaemie, Congestion, Hämorrhagie) folgt der acute Larynxcatarrh (daran angeschlossen die genuinen Erkrankungen der Epiglottis), der Laryngospasmus, das acute Larynxoedem und der Kehlkopfabscess mit seinen verschiedenen Ursachen, Symptomen u. s. w. (eine Spontan-Heilung des letzteren ist möglich).

Digitized by Google

Die nächsten Vorlesungen sind dem chronischen Kehlkopf-Catarrh, eine besondere Vorlesung der sogenannten Ozaena laryngea gewidmet. Für letztere ist nach Verf. Scrophulose eine wichtige Prädispositions-Ursache, und sieht der Autor die Ozaena laryngea stets als eine secundäre Erkrankung an (bei primärem Ergriffensein der Nasenhöhlen resp. des Nasopharyngealraumes). Die Prognose dieser Affection wird als günstig hingestellt; die Heilung ist die allgemeine Regel, doch giebt M. zu, dass die Erkrankung ausserordentlich chronisch ist und es schwierig sein kann, sie völlig zum Verschwinden zu bringen.

Larynx-Tuberculose, Lupus des Kehlkopfes, die syphilitischen Erkrankungen und die Lepra des Stimmorgans werden ausführlich abgehandelt.

Auf die eingehender dargestellten Störungen der Sensibilität (Hyperästhesie, Neuralgien, Parästhesien) folgen die Motilitäts-Störungen der Kehlkopfmusculatur (Paralysen, Spasmen).

Ein umfangreicher Theil des Werkes (6 Vorlesungen) ist den Tumoren gewidmet. M. unterscheidet gutartige und bösartige Geschwülste. Zu ersteren, die er Polypen nennt, rechnet er Papillome, Fibrome, Myome, Adenome, Lipome, Angiome, Enchondrome, Cysten und die gemischten Tumoren. Diagnose, Prognose, die medicamentöse Behandlung und die nothwendigen chirurgischen Encheiresen werden ausführlich besprochen; im Ganzen und Grossen decken sich die Anschauungen des Autors mit den bei uns in Deutschland üblichen, doch möchte Ref. die Entfernung gutartiger Neubildungen nach Spaltung des Kehlkopfes doch nicht als so grosse Ausnahme angesehen wissen, als M. es betont. Anschliessend an die gutartigen Kehlkopfgeschwülste, erwähnt M. die sehr seltene sogenannte Eversion der Ventrikel (d. h. Luxation des Morgagni'schen Ventrikels nach dem Innern des Kehlkopfes). M. beobachtete einen sehr ausgeprägten Fall dieser Art im Jahre 1886. Ist nur eine Seite betroffen, so sind die Störungen bei der Stimmbildung nur unbedeutende. Bei der Phonation sieht man laryngoscopisch eine Art Ballotement resp. Faltenbildung der evertirten Mucosa. Prognostisch sind andauernde Sprachstörungen zu befürchten. Die Therapie hat keine sicheren Erfolge aufzuweisen.

Etwas wesentlich Neues bringen die Vorlesungen über die malignen Geschwülste des Kehlkopfes (Carcinome, Sarcome etc.) nicht. Die klinischen Erscheinungen, Diagnose, fast immer schlechte Prognose, medicamentöse Maassnahmen, die verschiedenen operativen Eingriffe (Spaltung des Kehlkopfes und Entfernung der Geschwulst, partielle resp. totale Exstirpation des erkrankten Organs) werden erwähnt, zum Theil eingehend beschrieben. Nach M.'s Mittheilung hat M. Périer in der chirurgischen Gesellschaft zu Paris — am 19. März 1890 — eine neue Methode der Kehlkopfexstirpation (ohne vorhergegangene Tracheotomie) angegeben; wegen der Details muss auf das Original (pag. 480) verwiesen werden.

Die mechanischen Verletzungen des Kehlkopfes (Wunden, Fracturen, Fremdkörper im Kehlkopfinnern und in den tieferen Luftwegen) bilden den Inhalt der nächsten Capitel.

Den Beschluss des für den Practiker und auch den Specialisten recht instructiven, anziehend geschriebenen Werkes, welches eine Fülle von Einzelheiten enthält, macht eine eingehende Betrachtung der Compli-

Digitized by Google

cationen von Seiten des Kehlkopfes bei den Infectionskrankheiten (Masern, Scharlach, Variola, Typhus, Erysipel, Influenza; Diphtheritis fehlt, Ref.). —

Ein näheres Eingehen auf den reichen Inhalt des Buches würde den Rahmen dieses Referates weit überschreiten; wer sich über einzelne Fragen informiren will, sei nochmals auf das Original hingewiesen.

Dr. Firle (Bonn).

Der Koch'sche Bacillus als diagnostisches Moment bei der Larynxtuberculose. (Le bacille de Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx.) Von Dr. Ricardo Botey. (Congrès international d'otologie et de laryngol. Paris, September 1889.)

97 Fälle von Larynxphthise wurden untersucht nach der vom Verf. modificirten Methode von Koch, Ehrlich, Pasteur; in 6 Fällen fand man blos den Koch'schen Bacillus; bei allen waren die Lungen bedeutend erkrankt. Ueberhaupt bei allen Fällen von localer Tuberculose findet man die Bacillen sehr schwer. Manche Autoren glauben, es seien die erhärtenden Reactive, welche die Affinität der Bacillen für die Anilinfarbe verminderten; um diese Besorgniss zu entkräftigen, bediente Verf. sich einer 90procentigen Alcohollösung und machte seine Schnitte in weniger als 3 Tagen; dennoch gelang es nicht, die Bacillen zu entdecken; übrigens in den Sputis, wo sie entdeckt waren, wurden sie auch noch entdeckt, wenn man nach der alten Methode verfuhr. Verf. gesteht, die Seltenheit des positiven Nachweises der Bacillen bei Phthisis laryngea nicht erklären zu können, und stellt nur einige Hypothesen auf. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Vorhandensein der Tuberkelbacillen in den Larynxsecretionen beweist nicht nothwendiger Weise die Larynxtuberculose, denn sie können aus den Lungen stammen. 2) Das Fehlen der Bacillen beweist auch nicht, dass keine Larynxtuberculose bestehe. 3) Man findet fast nie den Bacillus bei bestehender Larynxtuberculose, wenn keine groben Lungenveränderungen bestehen, obwohl man fast immer den Bacillus in den Sputis bei schweren Lungenphthisikern findet. 4) Der Bacillus ist also von geringer Bedeutung bei der Diagnose der Larynxphthise und erlangt nur Wichtigkeit bei der acuten Miliartuberculose. 5) Es ist möglich, dass die Impfung mit Secreten, welche aus einem tuberculösen Larynx stammen, auf Meerschweinchen die beste Controlle für die Diagnose darbieten. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Noltenius: Beitrag zur pathologischen Anatomie des Ohres. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin. — Schütz: Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle. (Schluss.) — Klingel: Zur Diagnose des Empyems der Highmorshöhle. — II. Referate und Recensionen: a) Pharyngo-laryngologische: Kersting: Beiträge zur Pathologie der Zungentonsille. — Moure: Leçons sur les maladies du larynx. — Botey: Der Koch'sche Bacillus als diagnostisches Moment bei der Larynxtuberculose.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, October 1890.** **No. 10.**

I. Originalien.

Aus dem anatomischen Institute des Herrn Prof. Dr. Zuckerkandl.

Beitrag zur pathologischen Anatomie des Ohres.

Von

Dr. **Noltenius** aus Bremen,

Assistent an der laryngologischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Störk.

(Schluss.)

II. 2 Fälle von symmetrisch auftretenden Verknöcherungen der knorpeligen Gehörgangswand.

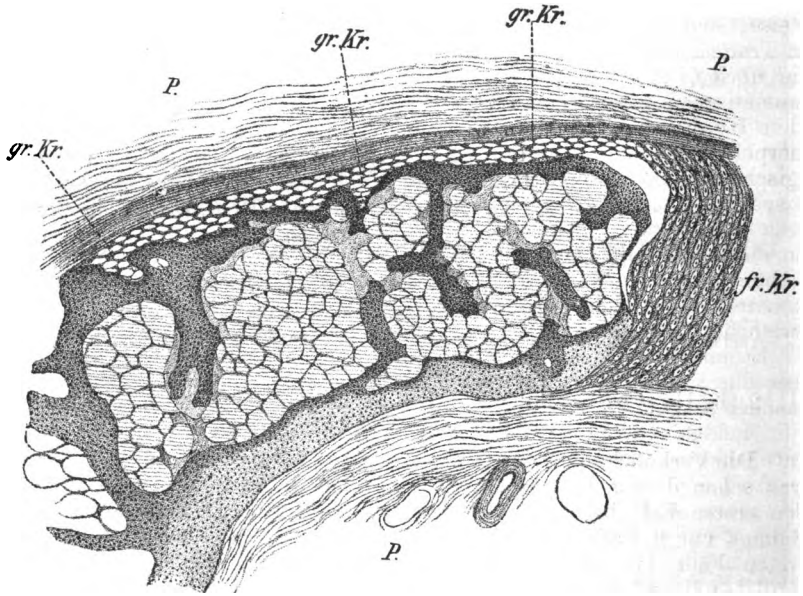
Die Verknöcherung des Ohrknorpels ist eine sehr seltene Erscheinung, was schon daraus hervorgeht, dass seit dem Jahre 1866, als Bochdalek den ersten Fall beschrieb, bis zum heutigen Tage, soweit ich sehe, in Summa nur 6 Fälle beobachtet und veröffentlicht worden sind. Die vier ersten Fälle [je eine Beobachtung von Bochdalek[1]), Voltolini[2]), Gudden[3]) und Schwabach[4])] wurden vom Letzteren zusammengestellt und eingehend besprochen. Seither sind mir 2 weitere Fälle aus der Literatur zugänglich geworden, über die ich mit wenigen Worten berichten

[1]) Bochdalek, Prager Vierteljahrsschrift 1866, I. Bd., S. 33.
[2]) Voltolini, Monatsschrift für Ohrenheilk. II., No. 1, Seite 1, 1868.
[3]) Gudden, Virchow's Archiv, 51. Bd., S. 45.
[4]) Schwabach, Deutsche med. Wochenschrift 1885, S. 425.

Digitized by Google

möchte, bevor ich mich den von Herrn Prof. Dr. Zuckerkandl mir gütigst zur Bearbeitung überwiesenen Beobachtungen zuwende.

Knapp[5]) behandelte einen ca. 24jährigen Patienten, dessen Ohrmuschel die für abgelaufene Perichondritis charakteristische Entstellung darbot. Dieselbe war verdickt und contrahirt, indem die natürlichen Contouren durch unregelmässige Erhebungen und Vertiefungen ersetzt waren. Die Entstellung war vornehmlich bedingt durch eine ausgedehnte Knochenspange, welche durch Operation bis auf einen geringen Rest entfernt wurde. Die microscopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine typische Verknöcherung des Netzknorpels handele mit Knochenkörperchen, Haversi'schen Canälen, theils compactem, theils maschigem, markhaltigem Knochengewebe, mit Ossificationsgrenze u. s. w. Hieran schliesst sich als sechster und letzter Fall eine Beobachtung von Linsmayer[6]). Derselbe fand bei einem 75jährigen Greis am linken Ohr Verknöcherung der Helix mit Ausnahme des untersten und vordersten Theiles, desgleichen Ossification in der Gegend der Fossa navicularis und der vorderen Wurzel der Gegenleiste. Die übrigen Theile der Muschel boten nur geringe Verhärtungen dar. Am rechten Ohr war die Erkrankung dieselbe, nur war die Ossification der Antihelix weniger vor-



Figur 2.
Stück einer verknöcherten Ohrmuschel (Fall Linsmayer).
gr. Kr. granulirter Knorpel. fr. Kr. = faseriger Knorpel. P. = Perichondrium.
Vergr. Hartn. Obj. 3. Oc. 2 und 4.

[5]) Knapp: Ossification of the auricle in consequence of Perichondritis seropurulenta.

[6]) Linsmayer, Wiener med. Wochenschrift 1889.

Digitized by Google

geschritten. Auch an der unteren Gehörgangswand, besonders an der linken, fand man am Eingange knochenharte Stellen. Patient gab an, diese Veränderung seit 6—8 Jahren wahrgenommen zu haben und brachte dieselbe mit häufigem Erfrieren seiner Ohren in Zusammenhang. Der Mann ist inzwischen gestorben und Herr Dr. Pertz, Assistent des Herrn Prof. Dr. Kundrat, hatte in dessen Auftrage die Freundlichkeit, ein Stück zu excidiren und microscopisch zu untersuchen. Da es sich indessen zeigte, dass dieser Fall fast völlig mit unseren, weiter unten zu besprechenden Beobachtungen übereinstimmte — ein Blick auf Fig. 2 im Vergleich mit den Fig. 3, 4 und 5 bestätigt es —, so verweisen wir, um spätere Wiederholungen zu vermeiden, auf die im weiteren Verlaufe folgende ausführliche Beschreibung der 3 letzteren Figuren. Doch darf ich nicht unerwähnt lassen, dass eine genaue Untersuchung ergeben hat, dass die untere Gehörgangswand vielleicht etwas härter war, als in der Norm, dass aber die Verknöcherung sicher nicht auf dieselbe übergegriffen hatte, wie Linsmayer nach der Untersuchung intra vitam glaubte annehmen zu müssen.

Freilich sind die unter der No. 5 und 6 von mir erwähnten Fälle mit den weiter oben citirten Publicationen insofern nicht auf eine Linie zu setzen, als in No. 5 — abgelaufene Perichondritis — in eclatanter Weise, und in gewissem Sinne auch in No. 6 — häufiges Erfrieren — ein Trauma die Veranlassung zu der Verknöcherung gewesen sein dürfte. Die übrigen Autoren betonen aber ausdrücklich jegliches Fehlen einer traumatischen oder sonstigen Reizung, und dieser Umstand veranlasste schon Bochdalek[7]), von einer „physiologischen Verknöcherung" des Ohrknorpels zu reden. Dem entspricht auch die Thatsache, dass die physiologische Verknöcherung bisher nur bei alten Individuen auftrat, mit Ausnahme des von Schwabach[8]) beobachteten Patienten, der angab, diese Abnormität von Jugend an besessen zu haben, ohne dass je Schmerzen damit verbunden gewesen seien. Indessen könnte hier vielleicht ein Irrthum des Patienten vorliegen. Ebenso betrifft der eine der oben skizzirten Fälle einen jugendlichen Patienten, doch war die abgelaufene Perichondritis zweifellos das ätiologische Moment der Verknöcherung.

Stimmen aber die bisher publicirten Fälle in der Beziehung überein, dass die Verknöcherung ausschliesslich oder doch vorwiegend die Ohrmuschel betraf, so zeigen unsere Präparate ein wesentlich anderes Bild. Hier handelt es sich stets um scharf abgegrenzte, rundliche oder längliche Knochenkerne, welche nicht nur beiderseits, sondern, so weit man nach diesen beiden Beobachtungen schliessen darf, auch bei verschiedenen Individuen stets an derselben Stelle des knorpeligen Gehörgangs angetroffen werden, während der übrige Theil derselben, sowie die Ohrmuschel völlig intact geblieben sind. Und zwar befinden sich die erwähnten Ossificationsstellen auf einem Gebiete, das durch die beiden Incisurae Santorinianae begrenzt wird.

Da die Verknöcherung des Knorpels ein sehr verwickelter und interessanter Vorgang ist, so mögen die Hauptpunkte derselben hier Erwähnung finden.

---

[7]) Bochdalek, l. c.
[8]) Schwabach, l. c.

Digitized by Google

Die Ohrmuschel und der knorpelige Gehörgang haben nach Kölliker[9]) als Stütze den 1/8— 1‴ dicken, mit dem festen Perichondrium sehr biegsamen, sonst äusserst brüchigen Ohrknorpel, der in seinem feineren Bau an die gelben oder Netzknorpel sich anschliesst, jedoch durch ein bedeutendes Vorwiegen der 0,01‴ grossen Knorpelzellen vor der streifigen Grundsubstanz sich auszeichnet.

Aus Klein[10]) entnehme ich, dass „der Netzknorpel im jugendlichen Stadium hyaliner Art ist. Allmählig aber treten zahlreiche elastische Fasern auf, welche vom Perichondrium aus in mehr weniger verticaler Richtung in den Knorpel hineinwachsen und unter einander verzweigte Anastomosen bilden. Das Endstadium ist erreicht, sobald die Grundsubstanz von einem dichten Netzwerk elastischer Fasern durchsetzt ist, welches dermaassen angeordnet ist, dass runde oder längliche Räume frei bleiben. Jeder dieser Räume enthält eine oder zwei von einem verschieden grossen Hof hyaliner Grundsubstanz umgebene Knorpelzellen."

Dieser Darstellung schliessen sich Kolster[11]) und Kölliker[12]) im Wesentlichen an. In Bezug auf die Entwickelung, betont Letzterer[13]), kann es als ausgemacht angesehen werden, dass die elastischen Fasern aller Art weder aus Kernen, noch aus Zellen hervorgehen, sondern einfach durch eine besondere Umwandlung der Grundsubstanz bindegewebiger Anlagen sich bilden. Damit ist jedoch noch Nichts gesagt von der ersten Bildung der elastischen Fasern, über der noch ein gewisses Dunkel schwebt, indem es bis jetzt zweifelhaft bleibt, ob die Fasern „gleich als Ganzes, wenn auch ursprünglich in grosser Feinheit" entstehen, oder „durch Aneinanderreihung von Körnchen" sich bilden, wie es nach der Untersuchung gewisser elastischer Knorpel, vor Allem der Epiglottis des Ochsen, den Anschein hat[14]).

Die Verknöcherung des Netzknorpels ist ein so ausserordentlich seltenes Vorkommniss, dass es uns nicht Wunder nehmen darf, dass dasselbe in früherer Zeit, so z. B. auch noch von Hyrtl, überhaupt geläugnet wurde. Freilich sprach sich Meyer[15]) schon im Jahre 1849 mit Bestimmtheit dahin aus, dass es bewiesen sei, dass gelber Knorpel verknöchern könne, dass er diesen Process mit Sicherheit in der Tuba Eustachii alter Leute erkannt habe. Heutzutage zweifelt wohl Niemand mehr an der Richtigkeit dieser Thatsache. Da der specielle Vorgang der Ossification so überaus verwickelter Natur ist, so möge es mir vergönnt sein, im Interesse der Klarheit mich der eigenen Worte Kölliker's zu bedienen: „Wenn Knochen aus Knorpeln entstehen, so wandeln sich die letzteren zuerst in eine Art Knorpelknochen um, indem ihre Grundsubstanz Kalk aufnimmt und zugleich die Knorpelzellen sich vergrössern

[9]) Kölliker, Handbuch der Gewebslehre des Menschen. Leipzig 1889.
[10]) Klein, Grundzüge der Histologie. Deutsch von Kollmann. Leipzig 1886. Seite 59.
[11]) Kolster, Archiv für micr. Anat., Bd. 29, Seite 353.
[12]) Kölliker, l. c. S. 98.
[13]) Kölliker, S. 116/17.
[14]) Kölliker, l. c. S. 118.
[15]) Meyer: Der Knorpel und seine Verknöcherung. Müller's Archiv 1849, pag. 354.

Digitized by Google

und unter wiederholter Theilung wuchern. In diese weiss aussehenden „Ossificationspunkte“ wachsen gefäss- und zellenreiche Fortsätze der Knorpelhaut ein und bringen einen Theil des verkalkten Knorpels zum Schwinden, so dass derselbe nur noch aus netzförmig verbundenen Balken, den Resten der Knorpelgrundsubstanz besteht, während die Knorpelzellen zerstört und die Knorpelhöhlen in weitere buchtige Räume umgewandelt werden. An den Wänden dieser ordnen sich nun ein Theil der Zellen der perichondralen Fortsätze epithelähnlich an und aus diesen „Osteoblasten“ (Gegenbauer) geht dann echte lamellöse Knochensubstanz hervor, indem die Zellen, die als Bindesubstanz aufzufassen sind, unter gleichzeitiger Abscheidung einer Zwischensubstanz, die zur Knochengrundsubstanz sich gestaltet, nach und nach durch Bildung von Ausläufern in die sternförmigen Knochenzellen sich umwandeln.“ [16])

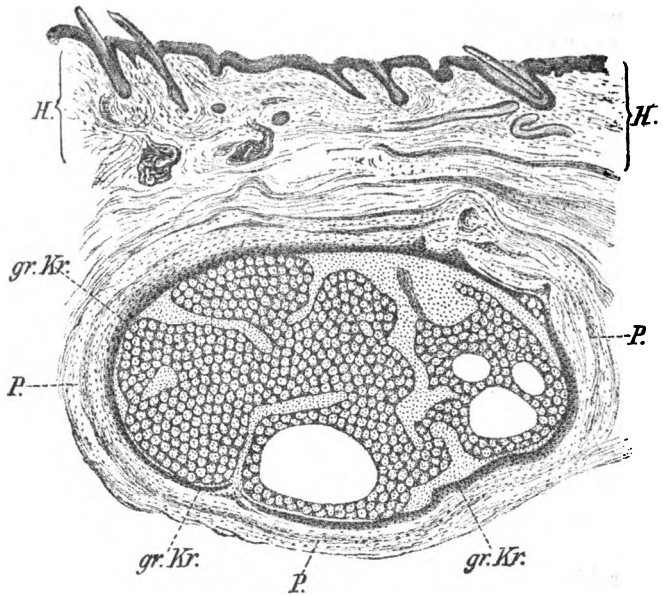
Nach dieser Abschweifung kehren wir zu unserem Thema zurück. Wie schon erwähnt, fanden sich in unseren beiden Beobachtungen circumscripte Knochenherde im äusseren Gehörgange, während die Ohrmuschel selbst keine Spur einer Verknöcherung oder Verhärtung erkennen liess. Dadurch unterscheiden sich diese Fälle scharf von den 6 bis dahin beschriebenen Verknöcherungen der Ohrmuschel, auch dann, wenn neben der Ossification der Auricula von knochenharten Partieen der unteren Gehörgangswand berichtet wird. So schreibt Bochdalek [17]), dass selbst der cartilaginöse Theil des äusseren Gehörganges zum Theil härter, spröder und weniger biegsam und elastisch gewesen sei, als in der Norm, dass aber die microscopische Untersuchung erst den Beginn der Verknöcherung erwiesen habe. Aber offenbar hatte die Verknöcherung in der Ohrmuschel begonnen, um im Laufe der Zeit auf den Gehörgang überzugreifen. Mithin ist bisher meines Wissens kein Fall in die Oeffentlichkeit gedrungen, der den unsrigen entspräche. Nur bei Politzer [18]) findet sich die kurze Mittheilung, dass Jos. Pollak (nebenbei bemerkt an einem ebenfalls aus dem anatomischen Institute stammenden Präparate) eine scharf begrenzte Ossification der unteren knorpeligen Gehörgangswand beobachtet habe.

Das erste Individuum, bei dem Herr Prof. Dr. Zuckerkandl zufällig den interessanten Befund machte, war ein alter Mann, der beiderseits circumscripte Knochenkerne in der unteren Gehörgangswand aufwies. War die Verknöcherung auch nicht auf beiden Seiten von gleicher Grösse, so wurde die Symmetrie doch dadurch gewahrt, dass die Ossification jederseits zwischen den beiden Santorini'schen Incisionen sich befand. Beide Knochenstücke waren länglich rund; das eine maass 6 Mm. in der Länge und 5 Mm. an der breitesten, 3 Mm. an der schmalsten Stelle. Das andere war 8 Mm. lang und 4 Mm. breit. Dieselben wurden entkalkt und in feine Querschnitte zerlegt. Die microscopische Untersuchung bestätigte die Vermuthung, dass es sich um veritablen, und zwar spongiösen Knochen handele.

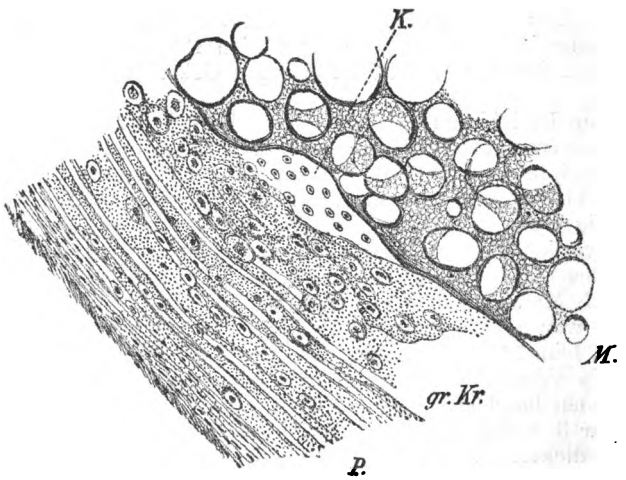
In Figur 3 findet man an der Peripherie des Knochenkernes eine stellenweise dickere, stellenweise dünnere Knochenschale, von welcher

[16]) Kölliker, l. c. S. 129.
[17]) Bochdalek, l. c.
[18]) Politzer, l. c. S. 421.

Digitized by Google



Figur 3.
Querschnitt durch einen Knochenkern des knorpeligen Gehörgangs.
gr. Kr. = granulirter Knorpel. P. = Perichondrium. H = Haut.
Vergr. Hartn. Obj. 4. Oc. 3.

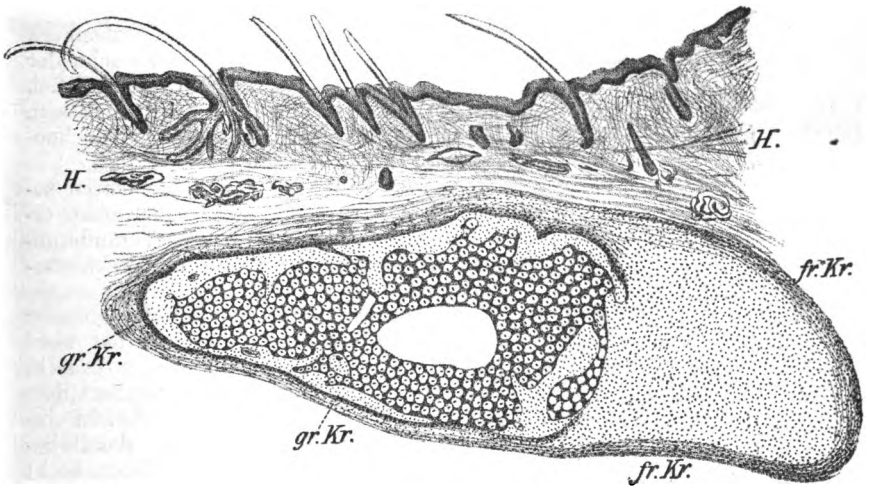


Figur 4.
Randstück des Knochenkernes in Figur 3, stärker vergrössert.
K. = Knochen. M. = Mark. gr. Kr. = granulirter Knorpel P. = Perichondrium.
Vergr. Hartn. Obj. 3. Oc. 7.

Digitized by Google

eine Menge von Knochenbälkchen abzweigen, die das Innere des Kernes durchsetzen und zahlreiche Lücken und Räume begrenzen. Die Räume erweisen sich als wahre Markräume und sind erfüllt von zahlreichen Rund- und Fettzellen und Gefässen. Interessant ist, dass der Knochenkern noch von einer dünnen Knorpelschale umhüllt wird, deren einzelne Elemente allmählig in das Perichondrium übergehen und sich an der dem Knochen angrenzenden Schicht stärker tingiren.

Indessen unterscheidet sich die den Knochenkern umschliessende Knorpelschicht vom übrigen Knorpel dadurch, dass die Grundsubstanz nicht mehr faserig, sondern leicht granulirt erscheint. Dies rührt offenbar von Kalkablagerungen her. Den Uebergang des Knorpels in Perichondrium auf der einen Seite, auf der anderen in Knochen erkennt man aber erst deutlich bei stärkerer Vergrösserung. Dann entsteht das Bild, das Fig. 4 uns veranschaulicht. Die platter und platter werdenden Knorpelzellen gehen untrennbar in das Perichondrium über, während die grossen, länglich bis kreisrunden, im microscopischen Präparate am lebhaftesten gefärbten Zellen an den Knochen stossen und sich scharf von demselben abgrenzen.

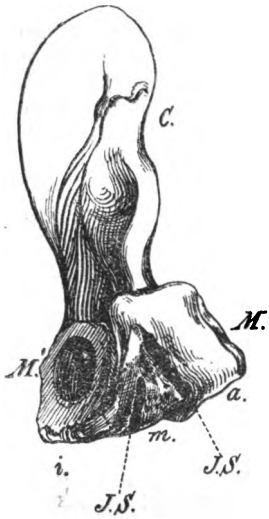


Figur 5.
Querschnitt durch einen Knochenkern des knorpeligen Gehörgangs.
gr. Kr. = granulirter Knorpel. fr. Kr. = faseriger Knorpel. H. Haut.
Vergr Hartn. Obj. 4. Oc. 3.

Ganz ähnlich, wie Fig. 3, verhält sich Fig. 5, nur mit dem Unterschiede, dass die Verknöcherung in diesem Falle nicht die ganze Dicke der Knorpelspange einnimmt. Offenbar ist der Ossificationsprocess noch in der Entwicklung begriffen, so dass ein Theil des Knorpels noch in seinem ursprünglichen Zustande verharrt. Das Integument zeigt die bekannte Structur der Haut des Gehörganges mit dem Bindegewebe, dem Epithel, den Haaren, den Talgdrüsen u. s. w.

Digitized by Google

Das zweite Individuum, ebenfalls ein älterer Mann, bei dem der gleiche Befund gemacht wurde, erregt um so mehr unser Interesse dadurch, dass ausser einer jederseits zwischen den beiden Incisurae Santorinianae vorgefundenen ossificirten Partie links ein zweiter Knochenkern entdeckt wurde, der medianwärts von dem ersteren gelegen, den inneren Abschnitt des Gehörganges, also das Gebiet zwischen der 2. Santorini'schen Incision und dem knöchernen Gehörgange einnahm. Derselbe hat eine Länge von 9 Mm., misst an der breitesten Stelle 5 Mm. und spitzt sich nach den Enden merklich zu. Sein Nachbar ist unregelmässig viereckig bei 8 Mm. Länge und 7 Mm. an der breitesten Stelle. Demnach entsprechen in Figur 6 den Knochenkernen diejenigen Theile des knorpeligen Gehörganges, welche in dem mit „i" bezeichneten inneren Abschnitt zwischen den punktirten Linien, dagegen in dem mittleren Abschnitt = „m" unterhalb derselben gelegen sind.



Figur 6.
2 Knochenkerne in dem knorpeligen Gehörgang.
C. = Ohrmuschel.
M. M.' = knorpeliger Gehörgang, bei M.' vom knöchernen abgelöst, mit J. S. = den zwei Incisurae Santorinianae.
a. = äusserer, m. = mittlerer, i. = innerer Abschnitt des Gehörganges.
Natürl. Grösse. Linkes Ohr.

Der kleine, länglich ovale Knochenkern der rechten Seite wurde zum Zwecke der Untersuchung entkalkt und geschnitten. Das Microscop constatirte auch in diesem Falle die Anwesenheit echter Knochensubstanz.

Im Uebrigen zeigten beide Ohren sowohl dieser Person, als auch der oben erwähnten keinerlei krankhafte Veränderungen, in Sonderheit weder eine Verknöcherung, noch eine Verhärtung.

Fragen wir nach der Aetiologie dieser eigenthümlichen Erscheinung, so hat wohl entschieden die Annahme Manches für sich, dass eine „senile Ernährungsstörung" derselben zu Grunde liegt. Dafür spricht einmal das relativ hohe Alter der damit behafteten Individuen und sodann besonders die schon in der Norm recht ungünstigen Ernährungsverhältnisse des Knorpels. So schreibt Kölliker[19]): „Was den Stoffwechsel anlangt, so ist derselbe in den Knorpeln des Erwachsenen unzweifelhaft sehr träge. Denn, wenn auch die Knorpelhaut, Perichondrium, die alle Knorpel in grösserer oder geringerer Ausdehnung bekleidet, Blutgefässe besitzt, so sind dieselben doch nicht zahlreich und fehlen im Knorpel besondere Einrichtungen zur Weiterleitung der Ernährungsflüssigkeit. Wir haben uns daher vorzustellen, dass dieselbe einfach durch Imbibition in das Innere der Knorpel eindringt, in welchem Falle die interfibrilläre Substanz, das Chondroplasma, die bevorzugte Saftbahn sein möchte."

[19]) Kölliker, l. c. S. 109.

Digitized by Google

Mir scheint es unter diesen Verhältnissen schier wunderbar, dass der Netzknorpel anerkanntermaassen so selten verknöchert im Gegensatze zu dem hyalinen Knorpel der Rippen, des Kehlkopfes etc. Vielleicht ist man berechtigt, daraus den Schluss zu ziehen, dass der Netzknorpel etwa auf Grund des „dichten Netzwerkes elastischer Fasern", das seine Grundsubstanz durchsetzt, immerhin unter günstigeren Ernährungsverhältnissen steht, als der hyaline Knorpel.

Schliesslich ist es mir eine angenehme Pflicht, den Herren Professoren Dr. Zuckerkandl und Dr. Politzer, Ersterem für die gütige Zuweisung des Materiales, beiden Herren für die liebenswürdige Unterstützung bei der vorliegenden Arbeit auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Desgleichen bin ich Herrn Dr. Heitzmann für die freundliche Anfertigung der Figur 6 zu Dank verpflichtet.

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung statt Schluss.)

Discussion:

Moos (Heidelberg): Bei der mycotischen Veränderung der Ganglienzellen ist zu unterscheiden eine primäre, bedingt durch directes Eindringen in dieselben, und eine secundäre, dieselbe ist als Bildungsunterbrechung aufzufassen in den Fällen, in welchen die Hauptnervenzüge eine mycotische Zerstörung erfahren haben. Moos demonstrirt ferner: 1) Collapsus des hinteren Halbzirkelganges in Folge von mycotischer Coagulationsnecrose, 2) Neubildung von Blutgefässen im perilymphatischen Raum, in Folge von eingewanderten Microorganismen; hauptsächlich von den praeexistirenden Gefässen ausgehende, grösstentheils noch nicht canalisirte Gefässsprossen.

Gradenigo (Turin) spricht im Anschlusse über die Neuritis des Acusticus in Folge von Meningitis.

Im Laufe dieses Jahres setzte er nämlich die Untersuchungen über diesen Gegenstand fort, den er schon in früheren Publicationen behandelt und konnte nun festsetzen, dass sowohl bei der cerebrospinalen, als auch bei der durch Otitis oder Tuberculose bedingten Meningitis schwere, beiderseitig eitrige Infiltration des Nervus acusticus und facialis im inneren Gehörgange stattfinden, welche den Nervus cochlearis an der Stelle, wo er die durch die Tabula cribrosa penetrirenden Aestchen abgiebt, zerstören können. Blos in einem unter 14 Fällen, in welchem die Meningitis in wenigen Stunden tödtlich endete und die meningitischen Störungen sich nicht gehörig entwickeln konnten, vermisste er die angedeuteten Veränderungen im inneren Gehörgange.

Digitized by Google

Die bacteriologische Prüfung der microscopischen Schnitte erwies, dass im Eiter, der den 7. und 8. Gehirnnerven im inneren Gehörgange umgab, dieselben Microorganismen vorhanden waren, welche im gegebenen Falle die Meningitis verursacht haben. So wurden bei Meningitis cerebrospinalis der Diplo-streptococcus lanceolatus, bei Meningitis tuberculosa Koch'sche Bacillen gefunden.

Ausserdem konnte Gradenigo an der Schleimhaut der Vorhofswand der Trommelhöhle, in der Nähe des Fallop'schen Canals, dieselben Microorganismen nachweisen, so dass er der Meinung zuneigt, dass bei der Meningitis cerebrospinalis dieser Canal als Leitungsbahn des Virus vom Meatus acusticus internus zum Mittelohr dient. Man könnte auf diese Weise die Pathogenese der eitrigen Mittelohrentzündung erklären, welche so häufig der Otitis interna in Folge von Meningitis cerebrospinalis nachfolgt.

Schwabach (Berlin) führt einige Bemerkungen an, die sich auf die Beobachtung eines Falles von Cerebrospinalmeningitis beziehen.

Löwe (Berlin) erwähnt einen Fall primärer Labyrinthitis infantum (Voltolini).

Habermann (Prag) mahnt zunächst, gleich Steinbrügge, zur Vorsicht bei der Deutung der Veränderungen, die an den mit den bisherigen Methoden behandelten Präparaten des Labyrinthes gefunden werden und erwähnt zugleich noch einen Fall von Hämorrhagie im Labyrinth bei perniciöser Anämie, wo in vivo neben den Symptomen der perniciösen Anämie auch ein starkes Dröhnen im ganzen Kopfe bestanden hatte. Bei der Section eines Ohres zeigte sich das Mittelohr normal, im Labyrinthe jedoch u. z. im Canalis ganglionaris, im Ligamentum spirale, im Vorhof und den Bogengängen, fanden sich ausgebuchtete Hämorrhagien, auf den perilymphatischen Raum beschränkt, vor.

Steinbrügge theilt im Anschlusse an die Beobachtung Habermann's einen Fall von Leucämie mit, bei welchem Blutextravasate im Mittelohre sowohl, wie im Labyrinthe gefunden wurden, ohne dass es bis dahin zu entzündlichen Vorgängen gekommen war. Der Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, welches längere Zeit schwerhörig war.

Magnus (Königsberg) fragt, ob bei den Sectionen kranker Labyrinthe sich ein Parallelismus herausgestellt zwischen der Höhe und der Tiefe des verlorenen Tonverständnisses und dem Orte der Veränderung in der Schnecke?

Steinbrügge erwidert, dass allerdings einige, wenn auch nur wenige, Befunde vorliegen, welche zu Gunsten der Helmholtz'schen Theorie sprechen. Dieselben betreffen ältere, abgelaufene Fälle, in welchen es sich um Atrophie der Nerven innerhalb verschiedener Abschnitte der Lamina spiralis ossea und entsprechende Defecte des Corti'schen Organes handelte.

Habermann bemerkt, dass bis jetzt noch keine pathologisch-anatomische Beobachtung vorliegt zum Beweise der Helmholtz'schen Theorie. Doch aus dem bekannten häufigen Vorkommen des Ausfalles der hohen Töne bei vielen Fällen hochgradiger Schwerhörigkeit und dem nach seinen Untersuchungen parallel damit gehenden häufigen Vorkommen von Atrophie oder Schwund der Nerven im basalen Endtheil der Schnecke, wird es durch

Digitized by Google

fortgesetzte Untersuchungen noch gelingen, auch auf diesem Wege die Richtigkeit dieser Theorie zu beweisen.

Barth (Berlin) meint, zu den Schwierigkeiten, welche sich bieten, um die Helmholtz'sche Theorie aus dem microscopisch-anatomischen Befund zu erklären, komme noch die Schwierigkeit einer absolut sicheren Hörprüfung, die Schwierigkeit, frisches Material zur Untersuchung und in Folge dessen Präparate ohne postmortale Veränderungen zu bekommen; auch ist die feine normale Anatomie des inneren Ohres trotz aller Arbeiten noch nicht genügend festgestellt. Es ist deswegen noch jeder einzelne bisher bekannte Fall mit Reserve aufzunehmen. Immerhin können wir hoffen, aus einer grösseren Zahl von Beobachtungen Aufklärung zu erhalten.

Steinbrügge erwidert, dass allerdings grosse Reserve bei Beurtheilung derartiger Befunde nöthig sei, dass man eben an den unter Vorbehalt solcher Reserve gemachten Beobachtungen einstweilen festhalten muss.

Politzer (Wien) hat bei den von ihm gemachten zahlreichen Sectionen von Steigbügelankylose in Folge von Sclerose des Mittelohres sehr häufig starke Pigmentirung der Schnecke, insbesondere des Modiolus und der Lamina spiralis ossea gefunden; er sieht dieselbe als Folge von chronischer Hyperämie im Labyrinthe an.

V. Sitzung am 6. August, Nachmittags.*)

Vorsitzender: Gellé (Paris).

8) Kirchner (Würzburg): Ueber die Entstehung des Cholesteatoms des Schläfenbeins.

Kirchner betont als auffallend und besonders für die Therapie sehr wichtig die Hartnäckigkeit und das häufige Recidiviren der Cholesteatome, dass sich doch auch nach sorgfältigster Entfernung aller erreichbaren kranken Theile und nach scheinbar glatter Vernarbung der Paukenschleimhaut nach kürzerer oder längerer Zeit plötzlich wiederum Cholesteatommassen zeigen, ohne dass vorher Symptome erneuter Entzündung und Eiterabsonderung zu bemerken waren. Es liegt daher die Vermuthung nahe, dass Reste des Cholesteatoms noch zurückgeblieben waren, die dann unter entsprechenden Verhältnissen den Anstoss zu einer Recidive des ganzen Processes zu geben im Stande sind.

Bei den einschlägigen Untersuchungen fiel es Kirchner auf, dass die Cholesteatommassen in die Knochensubstanz eindringen und die Havers'schen Canäle in noch gesunden Knochenbezirken anfüllen. An Quer- und Längsschnitten sieht man die Knochengefässe mit den körnigen Detritusmassen prall gefüllt, wodurch die Gefässe selbst zuerst thrombosirt werden. In vorgeschrittenen Stadien sieht man von den Havers'schen Canälen ausgehend weite Hohlräume entstehen, in denen mitten unter Cholesteatom-Detritusmassen die verödeten Gefässstränge noch deutlich zu erkennen sind.

---

*) Diese Sitzung war solchen Vorträgen gewidmet, die im Anschlusse von Demonstrationen macro- und microscopischer Präparate gehalten wurden; nach derselben wurde die otologische Gruppe der Ausstellung besichtigt.
Ref.

Digitized by Google

Dieses tiefe Eindringen der Cholesteatommassen in die Knochengefässe mag für die Erklärung der Hartnäckigkeit und Häufigkeit der Recidiven von grosser Wichtigkeit sein. Es erfordert daher ein operativer Eingriff noch möglichst viel von dem noch scheinbar gesunden Knochen zu entfernen, um womöglich alle Reste des Cholesteatoms gründlich auszurotten. Unter mehreren Präparaten demonstrirt Kirchner eines, welches vom Tegmen tympani in der Gegend des Antrum mastoideum genommen ist und konnte man hier das Eindringen der gelbgefärbten Cholesteatommassen eine beträchtliche Strecke in das gesunde Knochengewebe hinein verfolgen.

Discussion:

Kuhn (Strassburg) weist darauf hin, dass an dem Knochendurchschnitte des von ihm gelegentlich seines Referates demonstrirten Cholesteatomfalles ein ähnliches Hineinwuchern der Epidermismassen in die Knochensubstanz nachzuweisen war, wie dies Kirchner angiebt.

9) Kirchner: Ueber Extravasate in der Chorda tympani.

Die Chorda tympani wird bei chronischen eitrigen Paukenhöhlen-Entzündungen mit Caries nicht selten in Mitleidenschaft gezogen, aber auch bei acuten Entzündungen höheren und geringeren Grades lassen sich Geschmacks-Alterationen constatiren, die ohne Zweifel auf eine Läsion der Chorda tympani zurückzuführen sind.

Eine eigenthümliche pathologische Veränderung an der Chorda tympani konnte K. im verflossenen Jahre bei einem Kinde von 1¾ Jahren beobachten, das an Diphtheritis faucium et laryng. starb und zur Section kam.

Wie sich durch die Weigert'sche Methode der Fibrinfärbung sehr schön nachweisen liess (vergl. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde Bd. 19, 1888), hatte sich in der Paukenhöhle eine wahre diphtheritische Entzündung der Paukenschleimhaut im Anschlusse an die Rachendiphtheritis ausgebildet.

Die Untersuchung der Chorda tympani zeigte ein eigenthümliches Extravasat in der Nervenscheide, wodurch der Nerv selbst nahezu auf die Hälfte seines Umfanges comprimirt wurde. Der Schleimhautüberzug der Chorda tympani erschien verdickt und besonders in der Umgebung der Gefässe mit zahlreichen Rundzellen durchsetzt. Das Extravasat zeigte eine körnige Beschaffenheit mit spärlichen Zellen und drängte die Fasern der Nervenscheide stark auseinander.

An einer Stelle, zwischen dem Epithel des Schleimhautüberzuges und der Nervenscheide der Chorda tympani fand sich noch ein dichtes kleinzelliges Infiltrat, das bereits in der Mitte necrotischen Zerfall der galligen Elemente erkennen liess.

10) Katz (Berlin): Histologie über den Schneckencanal, spec. die Stria vascularis.

Katz bespricht die äussere Wand des Ductus cochlearis, welche von einem halbmondförmigen Bindegewebskissen gebildet wird. Im Speciellen wendet er sich zur morphologischen Structur der Stria vascularis, jenes epithelialen Streifens, welcher nach oben von dem Angulus vestibularis, nach unten von der Prominentia spiralis begrenzt wird. Es handelt sich um die Frage: Haben wir es hier mit dem seltenen Vorkommen eines gefässführenden Epithels zu thun?

Digitized by Google

Katz bespricht seine Befunde bei älteren Embryonen von Kaninchen, wo unter dem jetzt ziemlich zusammengeschrumpften Epithel sich eine ziemlich breite Schicht eines Gewebes befindet, welches Böttcher Schleimgewebe genannt hat; Katz hält dies für eine Anhäufung von Lymphzellen mit sehr spärlichem reticulären Gewebe. Erst beim Neugeborenen fängt die Lymphe zu schwinden an, das reticuläre Gewebe ist dann deutlicher zu sehen, zwischen dessen Maschen die Lymphzellen liegen. Nunmehr fangen die wirklichen Epithelzellen an, ihre Fortsätze in das Lymphnetz zu senden. Durch Verdichtung des Lymphnetzes mit Unterstützung der protoplasmatischen Fortsätze der Epithelialzellen, welche beim erwachsenen Thiere merkwürdige Formen annehmen, entsteht eine Art kernreicher Grenzschicht. Die Epithelzellen bilden im Schnittpräparat der Maus, wie Katz demonstrirt, fast nur eine Schichte hoher fibrillär gestreifter Cylinderzellen. In Zupfpräparaten zeigen dieselben eigenthümliche Formen, beispielsweise eines Hammers, Steinpilzes, Kegels etc. Der Kern sitzt meist im verbreiteten Theile der Zelle. Katz erinnert an die ähnlichen Befunde Blaschko's an der äusseren Haut und meint, dass man beim entwickelten Thiere mit einer gewissen Einschränkung thatsächlich von einem gefässführenden Epithel sprechen kann, da man im abgelösten Epithelstreifen der Stria, thatsächlich im Zupfpräparate nachweisen kann, dass die Epithelien direct die Gefässe bedecken, das Bindegewebe in irgendwie grösserer Menge nicht nachweisen kann und dass wirklich eine Art bindegewebiger Grenzschicht vorhanden ist

Bei älteren Embryonen und neugeborenen Thieren sind die Verhältnisse, wie oben bemerkt, wesentlich anders. — Auch bespricht Katz im Verlaufe seines Vortrages recht eingehend die darauf bezügliche Litteratur.

Discussion:

Barth (Berlin) bemerkt, dass die Stria vascularis nicht immer so anliegt, wie man es wohl ausschliesslich in den Abbildungen sieht, sie liegt dem Ligamentum spirale nicht überall fest an, sondern es sind oft längere oder kürzere Spalten zwischen beiden zu sehen, die als Lymphräume aufgefasst werden müssen. Oft findet man auch das untere Ende losgerissen und die ganze Stria an ihrer oberen Befestigung hängend in das Lumen der Scala tympani hinaufgehoben. Die Loslösung hat Barth nie am oberen Ende gesehen; die einzig mögliche Erklärung scheint ihm eine postmortale Schrumpfung von Theilen, welche unten und nach dem Canale zu mit der Stria verwachsen sind und dann die Stria mit lossreissen. Nach seiner Meinung sind hier die Eigenthümlichkeiten der Membrana tectoria von Bedeutung.

Katz antwortet, dass die Stria vascularis sich thatsächlich sehr leicht bei der Maceration in continuo ablöst, auch hält er die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass sich in manchen Fällen an der Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe ziemlich viel Lymphe befindet, wodurch die Ablösung leicht stattfindet; doch den Ansatz der Membrana tectoria an der Aussenwand des Ductus cochlearis bezweifelt er.

11) Draispul (Petersburg): Zur Anatomie der Membrana propria des Trommelfells.

Von den 3 Schichten des Trommelfells ist bekanntlich die Membrana propria die einzige, deren feinerer Bau ebenso wie die Pro-

Digitized by Google

venienz nicht mit Sicherheit festgestellt ist. Manche Autoren betrachten diese Membran als ein umgewandeltes Bindegewebe, andere schrieben über Muskelfasern in dieser Membran, endlich hat Toynbee schon längst den Gedanken ausgesprochen, dass die Membrana propria eine Fortsetzung des Periostes ist, und zwar soll die Radiärschichte eine Fortsetzung des Periostes des äusseren Gehörgangs, die Circulärfaserschichte eine Fortsetzung des Periostes der Paukenhöhle sein. Draispul's eigene Untersuchungen, die er an menschlichen Embryonen von verschiedenen Stadien unternahm, zeigten, dass die Membrana propria eine Fortsetzung des Periostes des Annulus tympanicus ist und ist dies schon in einem solch' frühen Stadium zu sehen, wo weder der äussere Gehörgang, noch die Wandungen der Paukenhöhle Verknöcherungsvorgänge zeigen; der Annulus tympanicus aber, der als Deckknochen im Gebiete des Gehörgangs erscheint, schon knöchern ist. Die periostalen Fasern desselben ziehen in das Trommelfell, um sich hier in den späteren Stadien zu den Fasern der Membrana propria zu gestalten.

12) Derselbe: Zur Entwickelung des Hammer-Ambossgelenkes.

Bei seinen Untersuchungen über die Entwickelung des Mittelohres fiel es Draispul auf, dass die Gelenksflächen des Hammers und Ambosses bei Schweinsembryonen eine auffällige Verschiedenheit von den bisher uns bekannten Formen boten. Namentlich an der Gelenksfläche des Hammers befindet sich ein bedeutender Fortsatz, der in eine entsprechende Vertiefung des Ambosses reicht. Dieser Fortsatz, den Draispul als Zahn bezeichnen will, ist ziemlich rund, sitzt mit einer breiten Basis auf und hat eine stumpfe abgerundete Spitze; durch diesen Fortsatz werden beide Gehörknöchelchen zusammengehalten. In diesem Stadium der Entwickelung des Zahnes ist keine Gelenkshöhle da. Verfolgen wir aber die weitere Entwickelung des Gelenkes, so sehen wir, dass in einem Theile der Fälle dieser Zahn sich an seiner Basis abschnürt und es bildet sich gleichzeitig das Gelenk ebenso wie normaler Weise bei anderen Thieren. In einem anderen, fast ebenso grossen Theile der Fälle verwächst der oben beschriebene Zahn mit der Substanz des Ambosses und es entsteht ein Gelenk, wo beide Gehörknöchelchen für immer zusammengewachsen sind. Das Schwein steht also in der Mitte zwischen den Thieren, bei welchen eine Verwachsung des Gelenkes beständig stattfindet und zwischen denen, wo wir beständig ein normales Gelenk haben. Diese Verwachsung kommt hier durch den oben beschriebenen Zahn zu Stande, und denkt Draispul, dass derselbe Vorgang auch bei anderen Thieren, wo diese Verwachsung stattfindet, vorgeht.

Weiters giebt Draispul zu, im Trommelfelle selbst ein Knorpelgebilde gefunden zu haben, welches an das von Gruber entdeckte und von diesem Forscher nunmehr mit dem Hammergriff in Verbindung gebrachte erinnert.

Discussion:

Gruber (Wien) macht darauf aufmerksam, dass wenn es sich bei den weiteren Untersuchungen herausstellen sollte, dass das von Draispul demonstrirte Knorpelgebilde als selbstständiges Gebilde sich entwickelt, seine ursprüngliche Ansicht, dass das von ihm beschriebene

Digitized by Google

Knorpelgebilde ein selbstständiges und nicht ein Residuum des ursprünglich knorpeligen Hammers sei, keiner Einwendung begegnen könnte.

13) Politzer (Wien): Zur Cholesteatomfrage.

An einer Reihe pathologisch-anatomischer Präparate von Individuen, die Politzer während des Lebens zu beobachten Gelegenheit hatte, zeigt er die verschiedenen Arten des Zustandekommens der Cholesteatome im Schläfenbein. An den ersten dreien von abgelaufener Mittelohreiterung lässt sich als Ursache das Hineinwandern der Epidermis des äusseren Gehörgangs in die Paukenhöhle durch die Perforationsöffnung nachweisen. Die Paukenhöhlenschleimhaut wird in ein Narbengewebe umgewandelt, an dessen Oberfläche Epidermislamellen erzeugt werden, durch deren Abstossung und Ineinanderschachtelung die bekannten Cholesteatomgeschwülste im Cavum tympani und im Processus mastoideus entstehen. — In der Mehrzahl der Fälle fand Politzer das Ostium tymp. tubae obstruirt und glaubt er, dass dies einer der wichtigsten Factoren für die Einwanderung der Epidermis vom äusseren Gehörgange in die Paukenhöhle bildet.

An anderen Präparaten, von denen Politzer eine Serie microscopischer Schnitte vorzeigt, sieht man, dass in einer Reihe von Fällen von abgelaufener Mittelohreiterung mit persistenter Perforation des Trommelfells eine sehr dünne Epidermislage in die Trommelhöhle eingewandert ist, indem sie sich über den Perforationsrand hinüberschlägt und die innere Paukenhöhlenwand bedeckt, ohne dass diese Schichte bei der macroscopischen Untersuchung bemerkbar wäre. Politzer schliesst daraus, dass die Invasion der Epidermis vom äusseren Gehörgange in die Paukenhöhle allein noch nicht ein Cholesteatom erzeugt, sondern dass zur Entwickelung desselben noch andere Momente concurriren müssen. Auch ist Politzer der Ansicht, dass bei den meisten bleibenden Perforationen das Hinüberwandern der Epidermis von der äusseren Trommelfellfläche über den Perforationsrand die Ursache der Persistenz der Perforationsöffnung bildet. (Längst bekannt.)

An drei anderen Präparaten bestätigt Politzer die von Toynbee gemachten Beobachtungen über das Vorkommen von primären Cholesteatomen im äusseren Gehörgange ohne Alteration der Paukenhöhle.

Discussion:

Kuhn (Strassburg) giebt immerhin dem Bedenken Ausdruck, dass in einigen von Politzer demonstrirten Cholesteatomfällen der Einwand erhoben werden kann, dass diese Tumormassen vorher vorhanden waren und von innen nach aussen durchbrochen sind und nicht durch Hineinwuchern der Epidermis von aussen nach innen.

Loewe (Berlin) sieht das Cholesteatom als eine den Ceruminalpfröpfen homologe Bildung an.

Habermann (Prag) bemerkt zu dem von Politzer demonstrirten Präparate von Perlgeschwulst des Mittelohres, die aus einer Cyste mit Schleimhaut entstanden sein soll, nachdem er das Präparat selbst gesehen und sich in demselben neben der Perforation des Trommelfells auch eine in der Membrana flaccida befindet, dass dieser Fall ganz einen der von ihm untersuchten Fälle gleicht und dass er es für sehr wahrscheinlich hält, dass sich auch hier ein Zusammenhang zwischen

Digitized by Google

der Perlgeschwulst und der Epidermis des äusseren Gehörganges dürfte nachweisen lassen.

14) Politzer: Beiträge zur pathologischen Anatomie des Gehörgangs.

Politzer zeigt folgende Präparate vor:

a) Zwei Präparate von Taubstummen, an welchen der Stapes mit der hinteren oberen Wand der Nische der Fenestra ovalis verwachsen und die Nische des runden Fensters durch Knochenmasse verschlossen ist.

b) Das Präparat eines Schwerhörigen, an welchem der rechte Steigbügel nur einen Schenkel besitzt (Columellabildung) und der Musculus stapedius mit seiner Sehne vollständig fehlt. Das linke Gehörorgan zeigt normale Verhältnisse.

c) Das Präparat einer abgelaufenen Mittelohreiterung mit Perforation der Membrana Shrapnelli und Arrosion des Margo tympanicus, ohne krankhafte Veränderung am Hammer und Amboss. Politzer bemerkt nun hier gegen Stacke, dass in den Fällen von Perforation der Shrapnell'schen Membran doch vorerst antiseptische Ausspülungen und Injectionen mittelst der Hartmann'schen Canüle oder mit dem von ihm angegebenen Instrumente und das Auskratzen der rauhen Ränder des Margo tympanicus versucht werden muss, bevor man sich zur Extraction des Hammers und Ambosses entschliesst.

d) Zwei Präparate mit vollständiger Verwachsung des Trommelfells mit der inneren Paukenhöhlenwand und mobilem Stapes, wo also die Ausschneidung des adhärenten Trommelfells mit dem Hammer und Amboss vom Vortheil für die Hörfunction gewesen wäre.

Der Vortrag wurde durch grosse, von Politzer selbst verfertigte Kohlenzeichnungen erläutert.

15) Politzer zeigt auch noch ein Etui mit neuen Cathetern aus Cautschuk vor, deren Mündung an der Spitze anstatt der bisherigen runden einen länglichen spaltförmigen Umriss zeigt, welcher dem Profildurchschnitte der knorpeligen Ohrtrompete entspricht. Nach Politzer würde bei Anwendung dieser Catheter die Luft leichter und kräftiger in die Paukenhöhle eindringen.

VI. Sitzung am 7. August. Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Gruber (Wien).

16) Diagnose, Prognose und Behandlung der progressiven Schwerhörigkeit bei chronischer, nicht eitriger Otitis media. Referenten: Mc. Bride (Edinburg), Gradenigo (Turin).

Mc. Bride*) macht zuvörderst aufmerksam auf die verschiedenartige Behandlung des späten Stadiums des chronischen Mittelohrcatarrhs, der Sclerose, der Otitis media hypertrophica, des proliferirenden Catarrhs, der adhäsiven Processe und der Ankylose des Stapes.

Als Symptome werden erwähnt: Taubheit, Besserhören im Lärm, Sausen, Besserhören der Stimmgabel durch Knochen-, als Luftleitung. Das Trommelfellbild ist verschieden: manchmal normal, ein anderes Mal

*) Mc. Bride las sein Referat am Schlusse der IV. Sitzung, doch wird darüber, des Correferates und der gefolgten Discussion wegen, erst hier berichtet. Ref.

Digitized by Google

verdickt, adhärent etc. Das Caliber der Tube ist variabel, die Lufteintreibungen verursachen eine geringe oder gar keine Besserung, manchmal wird der Zustand hierdurch entschieden schlechter.

Einzig möglich wäre eine Classification, die auf klinischer Beobachtung beruht, doch fallen dann viele Fälle aus, die in keine der Categorien passen. — Entschiedene Fälle von klinischen Typen wären: 1) die offenbar catarrhalischen Fälle; 2) die nicht offenbar catarrhalischen Fälle, u. z. a) erbliche, b) rheumatische, c) nervöse, deren Symptome durch Ursachen, die auf das ganze Nervensystem einwirken, prononcirt sind, bei welchen es oftmals fraglich ist, ob es sich um eine primäre Labyrinthaffection handelt, d) syphilitische.

Die Prognose ist abhängig von der Untersuchung mit Catheter und Luftdouche und ist im Allgemeinen am wenigsten ungünstig bei den catarrhalischen Fällen, am wenigsten günstig jedoch bei den hereditären, nervösen und syphilitischen Typen. Diese Ansicht könnte durch vielseitige Versuche mit Pilocarpin geändert werden.

Zufolge der Behandlung könnten folgende Fragen aufgeworfen werden: 1) Soll die Behandlung eine verschiedene sein, nach den erwähnten verschiedenen Typen? Während die Indicationen für Catheter, Luftdouche und Bougie dieselben sind, muss die Nachbehandlung, je nach der Form, eine verschiedene sein. — 2) Bei einseitigen Erkrankungen, wenn die Taubheit so prononcirt ist, dass es erforderlich ist, in der Nähe des Ohres Geräusche zu machen, und wenn die Luftdouche misslingt oder direct eine Verschlimmerung verursacht, ist es gerechtfertigt, die Behandlung zu empfehlen? Die Frage ist im negativen Sinne beantwortet. — 3) Inwiefern ist es wünschenswerth, die Nasen- und Rachenkrankheiten zu behandeln? Dies wird eingehend besprochen. — 4) Welchen Werth haben die verschiedenen in Anwendung gekommenen mechanischen Behandlungsmethoden? Seinerseits hält Mc. Bride dieselben von geringem Werthe; Catheter, Luftdouche und Bougie werden nicht ungünstig beurtheilt. — 5) Haben wir irgend welchen Grund, an die zahlreichen Mittel zu glauben, welche angewendet worden sind, um das Sausen zu beheben, wo jedoch die Behandlung des Ohres resultatlos geblieben ist? Da die subjectiven Empfindungen gewöhnlich der Wahrnehmung der Circulation in der Nachbarschaft des Labyrinths zuzuschreiben sind, sollte man die Behandlung darauf richten, dass durch Brompräparate das Nervensystem beschwichtigt und die Circulation modificirt werde. Die empirischen Mittel sind zumeist nutzlos. — 6) Was ist die beste Behandlung für Schwindel? Ohne Zweifel die mit Brompräparaten. 7) Haben die operativen Behandlungsmothoden solche Resultate ergeben, dass dieselben zur Wiederholung ermuntern? Im Ganzen genommen wahrscheinlich nicht, mit einigen geringen Ausnahmen.

Gradenigo ist der Ansicht, dass die hauptsächlichen Fragen, welche der chronischen nicht eiterigen Mittelohrentzündung sich anknüpfen, die Pathogenese und Therapie betreffen.

Nach einer raschen Uebersicht der verschiedenen klinischen Formen der in Rede stehenden Krankheit, theilt er die zur Bekämpfung vorgeschlagenen Mittel in folgende Categorien ein:

1. A. Vom äusseren Gehörgang aus:
   a) Massage der Gehörknöchelchen (Lucae).

Digitized by Google

b) Massage des Trommelfells (Rarefacteur, Masseur von Delstanche).
c) chirurgische Behandlung innerhalb der Trommelhöhle (Plicotomie, Myringotomie, Myringectomie, Tenotomie des M. tensor tympani [Weber-Liel, Cholewa], Mobilisation des Steigbügels [Miot, Boucheron]).

B. Von der Tube aus:
a) Catheterismus — einfache Luftdouche.
b) Injection von zerstäubten Arzneimitteln mittelst Catheters in die Trommelhöhle (Ammoniaksalze, Aether, Chloroform, Jodoform [Delie], Jod [Loewenberg] etc).
c) Injection von flüssigen Substanzen mittelst Catheters in die Trommelhöhle (alkalische Lösungen [Politzer], Jodkalium [De Rossi], Pilocarpin, Cocain [Kiesselbach], Jodoform-Vaselin [Delstanche] etc.).
d) Methodische Einführung von Celluloid-Bougien und Massage der Tube (Urbantschitsch).

2. Totale Behandlung der Nase (Irrigationen, Pinselungen, galvano- und thermocaustische Aetzungen; Paquelin).
3. Allgemeine Behandlung (Jodkalium, Arsenik, Atropin, Eserin, Ergotin, [Gradenigo], Chininsalze).
4. Electrische Behandlung (galvanischer Strom [Brenner, Hagen, Erb], unterbrochener Strom [Eitelberg]).

Doch alle erwähnten therapeutischen Methoden nutzen wenig oder nur temporär.

Um eine rationelle wirksame Therapie feststellen zu können, ist vor allem andern eine exacte pathogenetische Anschauung nothwendig; so muss man die Frage lösen, ob die chronische catarrhalische Mittelohrentzündung von infectiöser Natur ist oder nicht.

Gradenigo unternahm diesbezüglich drei Reihen von Untersuchungen, namentlich:

A) untersuchte er vier Schläfenbeine mit typischer, chronischer, catarrhalischer Ohrentzündung auf Microorganismen; das Resultat war negativ.

B) In sechs Fällen untersuchte er an Lebenden mittelst Culturen den Inhalt der Trommelhöhle bei sclerosirender Otitis: negatives Resultat.

C) Mit Prof. Maggioza stellte er gemeinsam bacteriologische Untersuchungen bei 13 Fällen über den Inhalt der Tuba Eust. an, doch wurden nur Fäulnissbacterien, und auch diese nur in geringer Zahl, constatirt, weshalb man annehmen kann, dass kein infectiöses Moment der catarrhalischen Otitis media — wenigstens im vorgerückten Stadium — zu Grunde liegt.

Es wäre somit die Annahme gerechtfertigt, dass die Krankheit des Mittelohres an eigenartige pathologische Veränderungen der Schleimhaut der Nasen-Rachenhöhle geknüpft ist, die vielleicht von vorausgegangenen infectiösen Prozessen abhängig sind. Die Cur sollte also keine eigentliche antiseptische, sondern eine die Vitalität der Gewebe beeinflussende sein. — Zur directen Behandlung der Nasen-Rachenhöhle, speciell in der Gegend des Pavillons der Tuba empfiehlt Gradenigo ein neues Modell von Watteträger, das ihm sehr gute Dienste geleistet

Digitized by Google

hat. Nebstdem wendete er die Massage des Trommelfell's mittelst des Masseur von Delstanche, und eventuell die Luftdouche, die Bougirung etc. an.

(Fortsetzung folgt.)

Todesfall nach Exstirpation eines Kehlkopfpolypen.

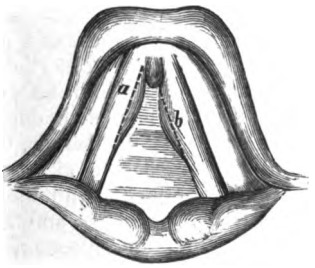
Von

Dr. **Grünwald**, München.

Der geradezu unerhörte Fall, den ich in Nachfolgendem zu schildern beabsichtige, betrifft einen 73jährigen Mann, ehemaligen Bäckergehilfen, der im October 1889 erstmals die Abtheilung für Hals- und Nasenkranke des Herrn Professor Dr. Schech an der medicin. Poliklinik zu München aufsuchte. Derselbe war, wie nothwendig zu bemerken, schlecht genährt, mit hochgradiger Arteriosclerose und Hypertrophie des linken Ventrikels behaftet, doch ohne sonstige Erkrankung. Seine totale Aphonie erklärte sich durch die Anwesenheit von, beiden Stimmbändern vorwiegend am freien Rand aufsitzenden und sich nach unten fortsetzenden, breiten und flachen Geschwülsten von blassrother Farbe.

Es wurde zunächst etwas von diesen Geschwülsten von Herrn Prof. Schech mit Pincette und Schlinge abgetragen und später der Rest von mir beinahe, ganz mit den gleichen Instrumenten und der Guillotine entfernt. Dies geschah in 5 Sitzungen während des Novembers. Die microscopische Untersuchung des grössten der extrahirten Stücke an gefärbten Schnitten ergab eine von einer dicken Pflasterepithelschichte überzogene, stark kleinzellig infiltrirte, weiche Bindegewebsmasse als Grundstock der Geschwulst, nirgends war auch nur eine Hinneigung zur Malignität zu constatiren, dagegen spärliche kleine Gefässe; an einer Stelle fand sich eine kleine Hämorrhagie zwischen Epithel und Grundsubstanz, jedenfalls in Folge der vorhergegangenen Eingriffe.

Am 4. Januar Operation eines kleinen Recidivs, doch unvollkommen, da Patient dann ausblieb. Am 21. April erschien er wieder mit einem grösseren Recidiv auf beiden Stimmbändern und im Vereinigungswinkel. Nachdem in 3 Sitzungen nur kleinere Partikel mit Guillotine und Schlinge entfernt werden konnten, da die Tumoren zu breit aufsassen, auch Versuche mit einem kleinen Lanzenmesser missglückten, da dasselbe immer abglitt, wurde am 1. Mai zu einem grösseren Lanzenmesser, Länge der schneidenden Fläche 1,4 Cm., Breite 0,55 Cm., gegriffen. Der Kehlkopf bot damals ein Bild, wie es die beifolgende Figur zeigt, auf welcher nur der Deutlichkeit wegen die Glottis bedeutend weiter, als in Wirklichkeit der Fall war, dargestellt ist. Man sieht einen kolbigen Tumor im Vereinigungswinkel und 2 breit den Stimmbändern aufsitzende, glatte Leisten. Ich habe nun mit dem Messer zuerst die Basis des rechtsseitigen Polypen durchstochen und ganz bis hinten abgelöst, so dass er flottirend nur noch



Digitized by Google

vorn befestigt war, darauf vermittelst Schlinge den so gestielten Polypen abgeschnürt.

Die Schnittführung erfolgte in der durch Strichelung markirten Linie *a*.

In derselben Sitzung wurde auch noch der jetzt schon besser zugängliche Polyp vom Vereinigungswinkel abgetragen. Es erfolgte fast gar keine Blutung, ebenso wie die früheren Eingriffe nur ganz geringe Blutung zur Folge hatten, in der Menge von höchstens 10 Ccm.

Am 5. Mai bereits, da unterdessen die geringe Reaction geschwunden war, wiederholte ich die Operation auf der anderen Seite. Schnitt in der Linie *b*, Abtragung des Polypen mittelst Schlinge. Die Schlinge schnitt aber hier durch den sehr derben Polypen nicht durch, so dass derselbe theilweise abgerissen wurde. Es blutete darauf etwas stärker, doch durchaus nicht beängstigend, so dass ich dem Pat. Eis zu schlucken gab, und nach etwa 20 Min. expectorirte er nur mehr reinen Schleim. Nichtsdestoweniger befahl ich ihm, im Wartezimmer ruhig sitzen zu bleiben, fand ihn aber, als ich nach einer Viertelstunde wieder nach ihm sah, nicht mehr vor. Keine halbe Stunde aber war verflossen, als er bereits wieder kam, und nun mit einer unstillbaren Blutung. Dieselbe war durchaus nicht profus, aber alle 5 — 10 Minuten wurde durch einen Hustenstoss ein Sputum reinen Blutes, 5 — 10 Ccm. ungefähr, entleert. Vollkommene Ruhe mit leicht zurückgelehntem Oberkörper, Eisschlucken und Eisbeutel auf den Hals verringerten zwar die Blutung, brachten sie aber nicht zum Stehen. Nach anderthalbstündigem Zuwarten laryngoscopirte ich neuerdings und sah einen flottirenden Tumor unterhalb der Stimmbänder im Vereinigungswinkel befestigt.

Da ich glaubte, dass möglicher Weise dieser Tumor durch Zerrung an seiner Ansatzstelle die Blutung unterhalte, cocainisirte ich rasch und exstirpirte den Tumor mit der galvanocaustischen Schlinge. (Derselbe war vorher dem Auge entgangen wegen der Ueberlagerung durch den eigentlichen Stimmbandpolypen, da die Glottis gar keinen Durchblick gestattet hatte.) Die Blutung dauerte fort. Ich ging nun rasch mit einem rechtwinklig abgeknickten galvanocaustischen Flachbrenner unter die Stimmbänder vorne hin an den Ort, wo man die Blutung vermuthen konnte — denn zu sehen war der Ausgangspunkt derselben nicht — und brannte: Kein Erfolg, nur dass ich ein riesiges Coagulum mit zu Tage förderte, ungefähr 4 Ctm. lang. Das beste Stypticum hatte aber fehlgeschlagen, und nun zögerte ich nicht länger und fuhr augenblicklich mit dem Pat. in die chirurgische Poliklinik, um daselbst die Laryngofissur behufs directer Unterbindung der blutenden Stelle vornehmen zu lassen.

Herr Prof. Angerer fand den Fall aber noch nicht dringend genug zur sofortigen Operation und liess ihn neuerdings mit Eis äusserlich und innerlich behandeln. Nachdem aber nach 1¼ Stunde die Blutung anstatt geringer nur noch stärker geworden war, entschloss man sich doch zur Operation, und Herr Dr. Lammert, 1. Assistent der Poliklinik, nahm die Tracheotomie unter Narcose vor. Dieselbe verzögerte sich wegen eines medialen Strumalappens. Es wurde der Ringknorpel und die zwei obersten Trachealringe durchschnitten, eine mit Jodoformgaze umwickelte Canüle zur Tamponade eingelegt und dann auf meine Veranlassung noch ein Jodoformgazestreifen durch die Wunde gegen den Kehlkopf hinauf-

Digitized by Google

geschoben. Ich habe dann noch vermittelst einer Kehlkopfzange eine Kugel aus Krüllgaze fest in den Kehlkopf eingeschoben und darauf stand nun endlich die Blutung definitiv.

Der Patient hatte den Eingriff, sowie die Narcose trotz des Blutverlustes, der sich als erheblich grösser, als man Anfangs geglaubt hatte, herausstellte, da er in der Narcose wohl einen Viertelliter Blut erbrach, anscheinend gut überstanden. Als ich ihn am Abend wiedersah, erfuhr ich, dass er nach zwei Stunden meinen Kehlkopftampon selbst entfernt hatte, aber es war keine Blutung mehr aufgetreten. Das Allgemeinbefinden war gut, Puls kräftig, kein Husten, kein Fieber. Später sah ihn zufällig Herr Prof. Schech, laryngoscopirte ihn auch und fand beide Stimmbänder ziemlich glatt und ein vorne befestigtes flottirendes Coagulum, keinen Tumor, keine Blutung. Es schien gar kein Anlass zur Besorgniss. Nichtsdestoweniger ist der Kranke dann am nächsten Tage Nachmittags verschieden, wie es schien an Schwäche, nachdem noch am späten Abend des vorherigen Tages leichte Temperatursteigerung eingetreten war. Ich erfuhr den Tod erst nachher. Die Section wurde leider von den Angehörigen nicht gestattet. — So fraglich nun auch die Todesursache sein mag, da ebenso die Möglichkeit einer Schluckpneumonie vorliegt, als die mir allerdings viel wahrscheinlichere einer tödtlichen Anämie, so ist ja doch kein Zweifel, dass der Tod ausschliessliche Folge der aussergewöhnlichen Blutung gewesen ist. Und dies ist, wie ich schon bemerkte, das Unerhörte an dem Falle. So unwahrscheinlich es mir auch ist, dass nicht schon mitunter eine erhebliche Blutung nach Exstirpation eines Kehlkopfpolypen stattgefunden haben sollte (so hat mir Herr Prof. Schech von zwei ihm vorgekommenen Fällen profuser Blutung berichtet, die durch Argent. nitr. resp. Liqu. ferri sesquichlor. gestillt wurde) — in der Literatur, die ich bis zum Jahre 1866 zurück durchsucht habe, findet sich nichts von Blutungen nach derartigen Operationen berichtet, geschweige denn von einem Todesfall. Ich selbst habe niemals noch eine Blutung gesehen, die mehr als einen Kinderlöffel betragen haben würde, und in den meisten Fällen betrug sie nicht mehr, als dass gerade der Schleim blutig gefärbt war. Die Erfahrung unserer erfahrensten Autoren lässt auch nicht entfernt an eine erhebliche Blutung denken, wie z. B. Mackenzie-Semon: Der Pat. verliert kaum einen Tropfen Blutes; Gottstein: Bei endolaryngealen chirurgischen Eingriffen ist die Blutung kaum nennenswerth. Um so mehr drängt sich die Frage auf nach der Ursache der Blutung in diesem Falle.

Der nächstliegende Gedanke für den Dritten ist, wie ich mir gar nicht verhehle, der eines Kunstfehlers. Wenn nun auch leider die Section, diese wichtigste demonstratio ad oculos, uns hier keinen Aufschluss geben konnte, so liegt doch das Zeugniss eines unbetheiligten Untersuchers, Herrn Prof. Schech, vor, der, wie schon oben gesagt, keine aussergewöhnliche Verletzung constatiren konnte, im Gegentheil die Tumoren vollkommen entfernt fand, und man wird mir zugeben müssen, dass die gelungene Messerexstirpation eines flachen Polypen so viel Genauigkeit und Kunstfertigkeit erfordert, dass man dem betreffenden Operateur wohl ohne Weiteres zugeben kann, dass er keine Nebenverletzung gesetzt hat, abgesehen davon, dass man sich wundern müsste, dass bei den vorhergehenden Operationen, speciell bei der vorletzten, der letzten ganz gleichen,

Digitized by Google

keine vorgekommen sind. Nach Maassgabe der Verhältnisse wäre eine solche auch gar nicht möglich gewesen. Die Blutung kam, wie dies auch der Ansatzpunkt der Coagula bewies, vom Vereinigungswinkel unterhalb der Stimmbänder her. Um dort mit dem Messer eine ausserordentliche Verletzung zu setzen, hätte dasselbe von hinten nach vorne geführt werden müssen. Umgekehrt habe ich, wie dies auch rationell ist, vorne eingestochen, wobei ich die Breite der zu bildenden Brücke genau bemessen konnte, und habe nach hinten durchgeschnitten. Für den erfahrenen Laryngologen sind all' dies, sowie auch die Constatirung, dass es selbst einem ganz ungeübten Operateur unmöglich sein dürfte, andere als quoad vitam unerhebliche Nebenverletzungen zu setzen, überflüssige Ausführungen, zu denen, sowie zu der sehr ausführlichen Schilderung des Falles, mich nur dessen extreme Aussergewöhnlichkeit und Bedeutung veranlasst. Die Ursache der Blutung nach einer ganz lege artis ausgeführten Operation führe ich aber in letzter Linie auf die Arteriosclerose zurück. Es konnte kein grösseres Gefäss verletzt sein, sonst wäre die Blutung profuser gewesen und es wäre nicht zum Stillstand derselben nach 20 Minuten gekommen. Der Wiedereintritt der Blutung ist der Sorglosigkeit des Patienten zuzuschreiben, der wider Geheiss unmittelbar nach der Operation meine Wohnung verliess, deren Fortdauer aber ist mir nur erklärlich durch die Gefässdegeneration. Durch die vermehrte Herzaction beim Treppensteigen war der leichte Thrombus wieder herausgeschleudert worden und es konnte bei der neuerlichen Aufregung, die den ohnedies hypertrophischen Ventrikel stärker schlagen liess, keine ordentliche Thrombose mehr zu Stande kommen, eben so wenig eine genügende Contraction des verletzten Gefässes wegen der Starrheit der Wände desselben. Die tödtliche Anämie ist nicht zu verwundern bei einem ohnedies schon stark anämischen und hochbejahrten Menschen, wenn nicht das Leben durch Schluckpneumonie geendigt worden ist. In dieser Richtung kann der Fall zur Mahnung dienen, die Tracheotomie unter ähnlichen Verhältnissen nicht in Narcose, sondern höchstens unter localer Anästhesie zu machen. Was nun die Bedeutung des Ereignisses in Bezug auf Indication für endolaryngeale Chirurgie anbelangt, so ist dieselbe meiner Ansicht nach gleich Null. Eben so gut dürfte man nicht mehr chloroformiren.

Ob nun dieser Fall der einzige seiner Art ist oder noch andere, nicht publicirte, vorgekommen sind —, jedenfalls würde die Anzahl derselben vollkommen verschwinden gegen die der unzähligen Kehlkopfoperationen, die ohne auch nur die Spur einer Gefahr ausgeführt worden sind. Nicht einmal Arteriosclerose wird eine Gegenindication sein, denn in unserem Falle selbst ist ja öfters vorher, und in typischer Weise gleich, ohne Blutung operirt worden. Warum gerade bei dem letzten Male eine solche eintrat, den letzten Grund dafür wissen wir trotz der allgemeinen Erklärung durch Arteriosclerose nicht anzugeben, möglicher Weise hätte die Section darüber Aufschluss verschafft.

Digitized by Google

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen.

Von

Dr. **A. Onodi**, Docent in Budapest.

I.

In meiner Arbeit*), die ich in der laryngologischen Section der Naturforscher-Versammlung in Wiesbaden vorgelegt habe, sind meinerseits Versuche angestrebt worden, meine beim Menschen gefundenen anatomischen Facta, die vielfachen Verbindungen zwischen beiden Kehlkopfnerven mit der doppelten Innervation, mit den Exner'schen Ergebnissen in Einklang zu bringen. Seitdem habe ich eine ganze Reihe physiologischer Experimente ausgeführt, jeden einzelnen Muskel und jeden Recurrenszweig isolirt zum Gegenstande der Untersuchung gemacht. Ich bin in der Lage, jetzt meine Ergebnisse kurz gefasst mitzutheilen, und so beginne ich mit der Correction meiner erwähnten wahrscheinlichen Annahme der doppelten Innervation.

Ich habe an Hunden, denen ich bei den Experimenten des Oefteren den Nervus laryngeus superior durchschnitt, nie die geringste Abweichung in der Function der Stimmbänder und der Musculatur des Kehlkopfes beobachtet. Ausserdem habe ich mich überzeugt, dass mit Ausnahme des M. cricothyreoideus der Nervus laryngeus inferior ausschliesslich die Muskeln des Kehlkopfes innervirt. Und so ist es natürlich, dass ich auf Grund meiner Untersuchungen die Lehre der doppelten Innervation fallen lassen musste und dass ich die von mir gefundenen Anastomosen zwischen den oberen und unteren Kehlkopfnerven dahin deute, dass diese die Kreuzungspunkte jener Fasern sind, durch welche die aus den anderweitigen Stellen entstehenden Nerven ziehen, um zu den verschiedenen Stellen der Schleimhaut des Kehlkopfes zu gelangen.

Mit meiner Methode**) konnte ich beim geöffneten Kehlkopfe die einzelnen Muskeln, ebenso auch ihre isolirten Nervenbündel zu experimentellen Zwecken benutzen und mich von der Innervation und Function des einzelnen Muskels überzeugen. Auf diesen Untersuchungen beruhen meine angegebenen Schlüsse.

Die erwähnten Anastomosen bringen ein enges Verhältniss zwischen den oberen und unteren Kehlkopfnerven zu Stande; wir wissen, dass beide Nerven vom Vagus ausgehen und dass sie mit anderen Nerven, namentlich mit den Nesten des Sympathicus, in unmittelbarster Verbindung stehen.

Was meine Untersuchungen anbelangt betreffs des Sympathicus, so haben diese ergeben, dass die vom Rückenmarke ausgehenden, in den Grenzstrang des Sympathicus eintretenden Nerven ein System bilden; demgemäss die bezeichneten Fasern in den verschiedenen Stellen des Körpers mit der grösseren Zahl ihrer Bündel nach verschiedenen Richtungen im Grenzstrange verlaufen, um später, mit grauen Elementen ver-

*) Diese Monatsschrift 1887, No. 4.

**) Berl. klin. Wochenschrift 1889, No. 18.

Digitized by Google

mehrt, als periphere Zweige des Sympathicus zu ihrem Innervationsgebiet zu gelangen. So ist es eine Thatsache, dass jene cerebrospinalen Bündel, die in dem sympathischen Grenzstrange am oberen Theile des Brustkorbes und am Halse eintreten, grösstentheils nach aufwärts verlaufen. Diese verlassen als periphere Zweige den Grenzstrang und schliessen sich auch an den unteren Kehlkopfnerven an. Jene zahlreichen Anastomosen zeigen auf das Eclatanteste auf unser mangelhaftes Wissen, wie unbekannt der verschiedenartige Faserverlauf, wie complicirt die Innervation des Kehlkopfes ist.

Diesbezüglich habe ich eine neue experimentelle Arbeit vorgenommen, deren Zweck, den Faserverlauf zwischen Rückenmark, Sympathicus und untere Kehlkopfnerven der Möglichkeit nach festzustellen. Ueber die gewonnenen Ergebnisse werde ich in diesem Blatte berichten

---

Unter normalen Verhältnissen habe ich mehrere Reizversuche vorgenommen an Hunden. Aus den Resultaten der Versuche ergiebt sich die Schlussfolgerung, dass grösstentheils schwache und starke Reize den Verschluss der Stimmritze resultiren, jedoch mit der Bemerkung, dass wieder schwache und starke Ströme dieselbe ebenso zu öffnen, wie zu schliessen vermögen. Donaldson hat gefunden, dass auf Reizung des Nervus laryngeus inf. schwache Ströme die Erweiterung der Stimmritze, wogegen stärkere deren Verschluss resultiren. Ein Theil unserer Versuche hat jedoch gezeigt, dass verschiedene starke Ströme einen gleichen Erfolg erzielen, welches übereinstimmt mit den Angaben Bowditch's und Hooper's. In einem Falle aber erzielten wir auf schwache Ströme des Oefteren nur eine Erweiterung der Stimmritze im Sinne der Angabe Donaldson's. Wir beobachteten ferner, dass auf der einen Seite schwache Ströme die Erweiterung der Stimmritze, auf der anderen Seite den Verschluss verursachten. In einem Falle trat abwechselnd während der Einwirkung starker Ströme der Verschluss und die Oeffnung der Stimmritze ein.

Eine Versuchsserie bezieht sich auf das Verhalten der Kehlkopfmuskeln und Nerven nach dem Tode, sowie auf Einwirkung des Chloroforms und Aethers. An nach dem Tode entfernten Kehlköpfen führt die Reizung der Recurrentes zum Schluss der Stimmritze; die Nerven verlieren früher ihre electrische Erregbarkeit, als die Muskeln; die Erweiterer sterben früher ab, als die Verengerer, auch dann, wenn wegen der Auskühlung der Erweiterer gesorgt wurde.

Während der Chloroform- und Aethernarcose bis zum Eintritt des Todes resultirt schwache und starke Reizung der Recurrentes den Verschluss der Stimmritze. Nach dem Aethertod führt Reizung des Recurrens zum Schluss. Nach dem Chloroformtod, ausgenommen einen Fall, wo Erweiterung eingetreten, resultirt die Reizung ebenfalls Schluss. An den Kehlköpfen mit Chloroform und Aether getödteter Thiere verlieren die

Digitized by Google

Nerven die electrische Erregbarkeit früher, als die Muskeln. Unter den Muskeln sterben am frühesten die Erweiterer ab, am spätesten der Musculus thyreo-arytaenoideus internus. (Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken.

Im Jahre 1889 erschienen im Ambulatorium oben genannter Klinik 4287 neue Patienten, welche im Ausweise nur mit jener Krankheit figuriren, welche Gegenstand der Behandlung war, obgleich Viele an einem oder beiden Ohren noch krankhafte Veränderungen zeigten, welche mit der behandelten Ohrenkrankheit nicht im Zusammenhang standen. 2682 Patienten waren männlichen, 1605 weiblichen Geschlechtes.

Dem Alter nach waren

bis zu 5 Jahren		145	männlichen	+	122	weiblichen G.	=	267
von 5—10	„	203	„	+	179	„	=	382
„ 10—20	„	554	„	+	398	„	=	952
„ 20—30	„	687	„	+	354	„	=	1041
„ 30—40	„	434	„	+	231	„	=	665
„ 40—50	„	316	„	+	149	„	=	465
„ 50—60	„	202	„	+	109	„	=	311
„ 60—70	„	99	„	+	52	„	=	151
„ 70—80	„	42	„	+	11	„	=	53
		2682	männlichen	+	1605	weiblichen G.	=	4287

Auf die einzelnen Monate des Jahres 1889 vertheilt sich diese Zahl folgendermaassen:

Januar 367, Februar 288, März 322, April 355, Mai 414, Juni 305, Juli 433, August 412, September 394, October 352, November 292, December 333.

Der Beschäftigung nach waren von den Männern:

55 Arbeiter, 3 Advocaturcandidaten, 1 Administrator, 15 Amtsdiener, 2 Appreteure, 2 Aerzte, 2 Apotheker, 4 Anstreicher, 42 Agenten, 2 Bandmacher, 1 Beinhauer, 2 Bauassistenten, 5 Bauzeichner, 39 Bauern, 1 Büchsenmacher, 8 Brauer, 38 Bäcker, 1 Bergmann, 140 Beamte, 4 Broncearbeiter, 9 Bildhauer, 6 Bürstenmacher, 34 Bahnbedienstete, 1 Briefträger, 58 Bediente, 6 Binder, 11 Buchbinder, 3 Buchdrucker, 1 Cantor, 1 Cafétier, 2 Chemiker, 1 Chirurg, 81 Commis, 13 Conducteure, 2 Clavierstimmer, 3 Chemigraphen, 4 Diurnisten, 1 Drahtzieher, 2 Drahtbinder, 7 Dienstmänner, 1 Droguisten, 40 Drechsler, 1 Emailleur, 1 Etuimacher, 15 Eisendreher, 9 Eisengiesser, 1 Eisengiessereibesitzer, 1 Feilenhauer, 4 Forstbeamte, 1 Formenschliesser, 34 Fleischhauer, 3 Färber, 8 Feuerwehrmänner, 1 Fensterreiniger, 1 Fuhrmann, 20 Friseure, 1 Geometer, 1 Gasarbeiter, 2 Giesser, 10 Gärtner, 2 Galopins, 7 Glaser, 1 Grundbesitzer, 5 Graveure, 2 Garderobiers, 11 Gerber, 1 Gefangenenaufseher, 17 Goldarbeiter, 1 Gendarm, 19 Gürtler, 3 Geistliche, 4 Greisler,

Digitized by Google

11 Hausirer, 2 Hafner, 12 Hausbesorger, 24 Hausknechte, 1 Heizer, 2 Handschuhmacher, 1 Heubinder, 2 Hilfsarbeiter, 13 Hutmacher, 1 Holzdreher, 5 Hauer, 1 Hufschmied, 4 Journalisten, 2 Ingenieure, 9 Instrumentenmacher, 1 Invalide, 1 Kartenmacher, 4 Kürschner, 1 Kaminfeger, 2 Kellermeister, 86 Kaufleute, 78 Kellner, 1 Korbmacher, 1 Kunststopfer, 5 Knechte, 2 Krankenpfleger, 50 Kutscher, 3 Kesselschmiede, 3 Köche, 2 Kupferschmiede, 4 Lackirer, 4 Lederarbeiter, 35 Lehrer, 6 Lithographen, 21 Lehrburschen, 14 Maler, 1 Matrose, 2 Messerschmiede, 1 Maschinenheizer, 14 Maschinisten, 6 Maschinenschlosser, 21 Metallarbeiter, 23 Maurer, 1 Masseur, 6 Magazineure, 15 Mechaniker, 8 Müller, 17 Musiker, 1 Nachtwächter, 6 Offiziere, 2 Optiker, 8 Oeconomen, 1 Putzer, 1 Professor, 5 Poliere, 3 Photographen, 3 Posamentierer, 33 Private, 8 Pfründner, 1 Pappmacher, 1 Pflasterer, 2 Pharmaceuten, 9 Reisende, 4 Reitknechte, 3 Rabbiner, 1 Regenschirmmacher, 1 Seiler, 6 Soldaten, 2 Sänger, 1 Schleifer, 2 Schauspieler, 1 Seidenarbeiter, 1 Steuerexecutor, 116 Studenten, 7 Steinmetze, 84 Schuhmacher, 1 Schiffbauer, 2 Schiffer, 1 Schweizer, 95 Schlosser, 32 Schmiede, 97 Schneider, 8 Selcher, 11 Schriftsetzer, 4 Spediteure, 1 Strassenkehrer, 17 Sicherheitswachtmänner, 1 Techniker, 12 Tapezierer, 1 Tanzlehrer, 1 Telegraphist, 51 Tischler, 6 Tramwaybedienstete, 1 Teichgräber, 1 Töpfer, 2 Trödler, 43 Tagelöhner, 8 Uhrmacher, 4 Vergolder, 17 Wirthe, 1 Weinhändler, 1 Wattemacher, 9 Wagner, 7 Weber, 3 Wächter, 1 Wasserer, 6 Zuckerbäcker, 2 Ziegeldecker, 14 Zimmerleute, 2 Zeichner.

Von den Weibern:

26 Arbeiterinnen, 21 Bäuerinnen, 11 Bonnen, 5 Büglerinnen, 20 Bedienerinnen, 1 Cartonnagearbeiterin, 2 Comtoiristinnen, 3 Conservatoristinnen, 1 Clavierlehrerin, 2 Cassirerinnen, 5 Federschmückerinnen, 31 Geschäftsfrauen, 1 Gärtnerin, 119 Handarbeiterinnen, 1 Haushälterin, 4 Hausiererinnen, 2 Hebammen, 20 Hausbesorgerinnen, 50 Kleidermacherinnen, 38 Köchinnen, 9 Lehrerinnen, 2 Lehrmädchen, 1 Masseurin, 1 Milchverschleisserin, 145 Mägde, 72 Näherinnen, 321 Private, 3 Putzerinnen, 2 Pensionärinnen, 2 Postbeamtinnen, 1 Pfeifenschneiderin, 3 Pfründnerinnen, 3 Schauspielerinnen, 7 Stickerinnen, 2 Sängerinnen, 1 Staffirerin, 13 Stubenmädchen, 1 Telegraphistin, 1 Telephonistin, 3 Trafikantinnen, 3 Verwalterinnen, 13 Verkäuferinnen, 1 Weberin, 17 Wäscherinnen, 4 Wärterinnen, 1 Zahntechnikerin.

Die übrigen Patienten hatten ihre Beschäftigung nicht angegeben.

Diagnose.	Männer				Weiber			
	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa
Defect der Ohrmuschel	—	—	—	—	—	1	—	1
Missbildung der Ohrmuschel	1	—	—	1	—	—	1	1
Fistula auris congenita	—	1	1	2	—	1	—	1
Nässende Flechte der Ohrmuschel	5	2	5	12	6	1	5	12
Bläschenflechte der Ohrmuschel	2	1	2	5	1	—	1	2
Fressende Flechte (Lupus) der Ohrmuschel	—	—	—	—	—	1	—	1
Ohrblutgeschwulst	2	1	—	3	—	—	—	—
Fibrom der Ohrmuschel	1	—	—	1	—	—	—	—

Digitized by Google

Diagnose.	Männer				Weiber			
	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa
Carcinom der Ohrmuschel	—	2	—	2	—	—	—	—
Perichondritis der Ohrmuschel	1	—	—	1	—	—	—	—
Verletzung der Ohrmuschel	—	2	—	2	2	1	—	3
Balggeschwulst der Ohrmuschel	1	1	—	2	—	—	—	—
Ohrenschmalzanhäufung	79	89	228	396	37	33	95	165
Fremdkörper im äusseren Gehörgang	8	7	—	15	4	18	—	22
Exostose im äusseren Gehörgang	1	—	—	1	—	—	—	—
Umschriebene Entzündung des äusseren Gehörganges	36	42	5	83	29	27	3	59
Diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges	15	12	10	37	12	7	7	26
Parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges	3	1	4	8	1	1	1	3
Verletzungen des Gehörganges	2	1	—	3	1	—	—	1
Verengerung des Gehörganges	1	1	2	4	—	—	1	1
Verschluss des Gehörganges	1	1	—	2	1	—	—	1
Jucken (Pruritus) im Gehörgange	2	—	2	4	1	—	2	3
Zerreissung des Trommelfelles	10	13	—	23	3	4	—	7
Ecchymosen am Trommelfelle	3	2	1	6	—	—	—	—
Acute Entzündung des Trommelfelles	1	2	—	3	1	—	—	1
Chronische Entzündung des Trommelfelles	1	—	—	1	—	—	—	—
Kalkauflagerung im Trommelfelle	4	1	3	10	1	1	3	5
Verdickung des Trommelfelles	—	—	1	1	1	1	1	3
Atrophie des Trommelfelles	—	4	—	4	—	1	—	1
Narben am Trommelfelle	30	28	29	87	23	11	26	60
Trockene Perforation des Trommelfelles	20	23	7	50	11	12	13	36
Acuter Catarrh des Mittelohres	99	83	62	244	41	43	43	127
Chronischer Catarrh des Mittelohres	66	38	452	556	49	30	247	326
Acute eitrige Mittelohrentzündung	113	75	20	208	48	41	13	102
Chronische eitrige Mittelohrentzündung	184	160	156	500	105	100	98	303
Chronische eitrige Mittelohrentzündung mit Polypenbildung	20	13	5	38	8	6	3	17
Periostitis des Warzenfortsatzes	—	5	—	5	—	—	—	—
Caries des Schläfebeines	4	8	—	12	5	2	—	7
Hyperplastische Mittelohrentzündung	8	10	101	119	11	11	98	120
Affection des Labyrinthes	2	3	15	20	1	—	9	10
Nervöses Ohrtönen	—	—	3	3	—	1	4	5
Otalgie	10	11	4	25	20	17	7	44
Taubheit	2	—	1	3	—	—	—	—
Taubstummheit	—	—	25	25	—	—	13	13
Simulation	1	—	1	2	—	—	—	—
Nihil in auribus	—	—	2	2	—	—	—	—
				2531				1489
								4020
Sine diagnosi*)								267
								4287

(Fortsetzung folgt.)

*) Die in dieser Rubrik angeführten Kranken blieben aus, bevor die Diagnose sicher gestellt wurde.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Der nervöse Kopfschmerz. Von J. Schnetter in New-York. (Medicin. Monatsschrift [New-York] Bd. I, 10. Heft.)

„Man hat früher — und manche Autoren der gegenwärtigen Zeit nehmen noch diesen Standpunkt ein — Verdauungsstörungen, Erkrankungen in der weiblichen Genitalsphäre, Erkrankungen der Nieren als Erreger des nervösen Kopfschmerzes beschuldigt.“ Es wird zugestanden, dass derselbe zuweilen in der Verdauungszeit auftritt, dass während der Menstruationszeit Frauen sehr häufig an den heftigsten Anfällen zu leiden haben, und dass es eine bekannte Thatsache ist, dass viele Nierenkranke häufige, meist am Hinterkopfe auftretende Schmerzen zu erdulden haben. „Wer sich die Mühe geben will, in den genannten Zuständen die Nasenhöhlen und den Nasenrachenraum zu besichtigen, findet nach den Erfahrungen des Verfassers in allen derartigen Fällen Veränderungen in den genannten Localitäten. Unter einer auf mehrere Hunderte von Fällen sich beziffernden Zahl fanden sich nur 2 Fälle von nervösem Kopfschmerz, in denen diese Veränderungen vermisst wurden. Bei dieser verschwindend kleinen Anzahl muss man annehmen, dass die Veränderungen durch ihre versteckte Lage sich der Beobachtung entzogen.“

In allen Fällen, wo nervöser Kopfschmerz in Verbindung mit Brightscher Nierendegeneration vorkam, fand sich die Degeneration der Nasenschleimhaut in den vom Verf. beobachteten Fällen. „Bei dem insidiösen Beginne beider Erkrankungen möchte es schwer halten, zu bestimmen, in welchem Verhältnisse sie zu einander stehen. Bei einigen Patienten konnte eruirt werden, dass sie schon lange vor dem vermuthlichen Anfange der Nierenentartung mit den Kopfschmerzen behaftet waren, so dass ein ursächliches Moment in der Nierenerkrankung nicht anzunehmen war. Auch entfernt die Nasenbehandlung die Kopfschmerzen bei an Nierenerkrankung Leidenden ebenso wie bei sonst gesunden Menschen.“

Die krankhaften Zustände der Schleimhaut der Nase und des Nasenrachenraumes, obwohl die conditio sine qua non, sind für sich allein den Ausbruch der Neurose hervorzurufen nicht im Stande, sondern es bedarf dazu einer causa excitans, ausserdem muss aber noch eine nervöse Beanlagung vorhanden sein.

Bei der Abhängigkeit der Neurose von pathologischen Zuständen in den Nasenhöhlen versteht sich die Erblichkeit des nervösen Kopfschmerzes sehr leicht, „da bekanntlich kein Theil des Körpers so sehr die Erblichkeit verräth, als die Nase. Sie ist das Erbstück, in dem die Rassenangehörigkeit und blutsverwandtlichen Beziehungen repräsentirt werden. Wir ererben aber nicht allein die Grösse und Form, sondern auch die äusseren und inneren Fehler. Wie behauptet wird, giebt es keine geraden Nasen, also auch keine vollkommene mediane Stellung des Septums. Dadurch allein kann eine Anlage zur Entstehung des Kopfschmerzes übertragen werden. . . . Einige sehr erfahrene und verlässige Beobachter glauben, dass der Kopfschmerz erst dann eintrete, wenn die Schwellung bis an das Septum reiche. Die Erfahrung des Verfassers kann diese Ansicht nicht bestätigen. Im Gegentheil findet man die Neurose sehr oft bei Vergrösserungen, die bei günstiger Formation der Nase nicht die geringste functionelle Störung veranlassen.“

Digitized by Google

„Der Schmerz bei Polypen ist verschieden und lässt sich nicht mit dem nervösen verwechseln; er ist dumpf, den ganzen Kopf einnehmend, keinen Nervenbahnen folgend, verbunden mit geistiger Stumpfheit, Indifferenz etc. Auch tritt er nicht in Anfällen auf.“

„. . . . Es ist ist absolut nothwendig, um der Erkenntniss des Wesens der Krankheit näher zu kommen, und auch um eine erfolgreiche Behandlung leisten zu können, die ersten Anzeichen des Anfalls zu kennen. Die Vorläufer des Kopfschmerzes sind dem Patienten nicht auffallend und lästig genug, um ärztliche Behandlung in diesem Stadium zu beanspruchen, und sind deshalb weder dem Patienten, noch öfters auch dem Arzte bekannt. Der Erstere sowohl wie der Letztere datiren gewöhnlich die Krankheit vom Beginne des Kopfschmerzes. Genauere Beobachtung ergiebt, dass allerlei Symptome oft Tage lang dem Kopfschmerz vorangehen. Schon einige Tage vor der Erkrankung zeigen sich vorübergehende Congestionen nach dem Kopfe, besonders nach den gewöhnlichen Mahlzeiten, nach dem Genusse geringer Quantitäten alcoholischer Getränke, nach oder beim Rauchen einer Cigarre; es tritt eine Röthung und Turgescenz des Gesichtes ein. Eine Missstimmung des Gemüths stellt sich ein und eine oder mehrere Nächte andauernde Schlaflosigkeit; in selteneren Fällen eine grosse Neigung zum Schlafe. Wir wissen, dass ein und derselbe Reiz je nach der Intensität seiner Einwirkung auf das Nervensystem die entgegengesetzte Wirkung hervorbringen kann. Der Appetit ist in derselben Weise verändert, doch geht die Verdauung gewöhnlich regelmässig vor sich. In vielen Fällen ist der Kranke genöthigt, seinen Urin öfter zu entleeren, ohne dass der Urin eine Abnormität aufweist. Auch muss der Kranke öfter niessen. Dr. Day in seiner Monographie „On Headaches“ macht auf ein Symptom aufmerksam, welches der Verfasser bestätigen kann, und das darin besteht, dass die Patienten einen leichten Druck oder Schwere oder leichte Steifigkeit im Nacken fühlen. Die wenigsten Patienten klagen über dasselbe, wenn sie nicht aufmerksam gemacht worden waren. Es existirt aber in derselben Localität ein anderes, wichtigeres Zeichen, welches, wie der Verf. glaubt, noch niemals beschrieben wurde, und welches auf einen Zustand deutet, der zur Erklärung des Schmerzes im Hinterkopfe von Wichtigkeit ist. Im oberen Theile des Nackens, zunächst dem Hinterhaupte, fühlt der Patient ein Knistern und hört es deutlich bei der seitlichen Bewegung des Kopfes, und, wenn er den Kopf stark nach rückwärts zieht und dieselben Bewegungen vollzieht, erscheint es ihm lauter und lebhafter und steigert sich sogar bisweilen bis zum deutlichen Knarren. Das Geräusch kann deutlich mit dem Stethoscop wahrgenommen werden. Dieses Phänomen tritt schon viele Stunden vor dem Anfalle auf und besteht durch die ganze Dauer desselben. Auch bei Individuen, die nicht an der Neurose leiden, ist dieses Knistern zu beobachten, doch ist es niemals so intensiv und verbreitet, wie bei dem Beginn des Anfalls.“

„. . . . In Gegenden, wo die Malaria einheimisch ist, fehlt es niemals an Fällen, welche diese Complication aufweisen, und man ist gewohnt, die Kopfschmerzen auf Rechnung der Malariainfection zu bringen, obgleich der Schmerz öfters auch in den Intervallen der Fieberanfälle fortdauert, allerdings mit dem Eintritte derselben sich verstärkt.“ Es wird eine Krankengeschichte mitgetheilt, welche in deutlicher Weise zeigt,

Digitized by Google

dass sämmtliche eigentlichen Malariasymptome durch Darreichung von Antiperiodica erfolgreich bekämpft werden können, der noch restirende Kopfschmerz aber erst der chirurgischen Behandlung der Nasenschwellkörper weicht.

Wegen weiterer Einzelheiten muss auf die an scharfsinnigen clinischen Aperçus reiche Originalarbeit des bewährten, die Feder leider nur zu selten ergreifenden Practikers und begeisterten Anhängers von Hack verwiesen werden. A. Sch. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Vorschläge zur Kehlkopfexstirpation. Von Prof. Bardenheuer, Köln. (Deutsche med. Wochenschrift No. 21, 1890.)

Bei 3 totalen und einer partiellen Kehlkopfexstirpation nahm Verf. eine Modification in der Nachbehandlung und in der Operationsmethode vor, woraus Ref. Folgendes erwähnen möchte: Der Operation schickt Verf. eine über mehrere Tage ausgedehnte, täglich mehrmals vorgenommene Reinigung des Mundes voraus. Zur Entfernung des Kehlkopfes wird eine mit jodoformirtem Schwamm armirte Trendelenburg'sche Tamponcanüle angelegt. Durch 2 seitliche, viereckige, grosse Lappen wird ein freier Einblick in das Operationsgebiet erhalten. Der Kranke wird derart gelagert, dass der Kopf ganz nach hinten gesenkt ist, und dass der Trachealstumpf den höchsten Punkt der Wundhöhle bildet, die Basis des Dreiecks aber nach oben und hinten schaut, wodurch es unmöglich wird, dass sich das Wundsecret in der Umgebung der Trachea ansammle oder in die letztere eintrete, denn es fliesst nach oben und hinten kopfwärts ab. Ferner wird eine Scheidewand zwischen Mund- und Wundhöhle, ein Dach oberhalb der letzteren, gebildet. Bei der Exstirpation achtet Verf. besonders darauf, dass die vordere Wand des Oesophagus und die Schleimhaut unterhalb des Kehldeckels geschont bleibt, die Wundränder der Schleimhaut werden von vorne nach hinten zusammengenäht, wodurch ein Abschluss zwischen der Mund- und Wundhöhle zu Stande kommt. Die Wundhöhle wird mit sterilisirter Gaze ausgestopft und der Patient oft nur dann verbunden, wenn bereits gute Granulationen die ganze Höhle auskleiden; hält die Naht, dann kann der Verband auch erst nach 8 Tagen gewechselt werden. Durch letzteres Vorgehen gewinnt man den Vortheil, dass der Operirte selbst schlucken kann, er braucht daher nicht mit der Schlundsonde ernährt werden.

Szenes.

Ueber Pharyngotomia subhyoidea. Von Dr. Benno Laquer, Wiesbaden. (Therap. Monatshefte No. 5, 1890.)

Verfasser sichtete das in der Literatur zerstreute Material über die Pharyngotomia subhyoidea und bespricht die Resultate derselben.

Szenes.

Zwei seltene Fälle von Halsneurosen. Von J. W. Gleitsmann in New-York. (Med. Monatsschrift [New-York] Bd. I, Heft 10.)

1) Pseudobulbärparalyse. Ein 45jähriger Mann, hager aber kräftig gebaut, bekommt Ende December 1885 Schmerzen im Halse,

Digitized by Google

Schwierigkeit beim Schlucken von Nahrung und näselnden Klang der Sprache. Nach 8 Tagen sind diese Erscheinungen ohne Medication wieder verschwunden. Wenige Tage darauf treten die Beschwerden jedoch in erhöhtem Grade wieder auf. Die Sprache ist stark nasal, beim Essen gerathen die Speisen manchmal in die Nase, Pfeifen ist fast ganz unmöglich. Eine anderweitige Lähmung der Gesichtsmuskeln ist nicht vorhanden. Der weiche Gaumen ist erschlafft, die Uvula verlängert, der linke Arcus palatoglossus und palatopharyngeus ist weniger geschweift, anscheinend kürzer als rechts, bei Intonation deutliche Lähmung rechts. Nach zwei weiteren Tagen Ohrenschmerzen. Es folgte ein heftiger Anfall von Stirnkopfschmerz, der sich nach wenigen Tagen wieder gab. Deutlicherwerden der Sprache. In diesem Stadium wird über Empfindlichkeit der Zungenspitze geklagt, in der Kranker das Gefühl hatte, als ob sie verbrannt wäre. Besserung aller Erscheinungen, jedoch Auftreten von Taubheit in den Fingern und Schwäche in der rechten Hand. Nach wenigen Wochen Heilung sämmtlicher Krankheitserscheinungen, welche auch dauernd geblieben ist. Es lag also eine doppelseitige Lähmung des (unteren, Ref.) Facialis vor, und wegen der Doppelseitigkeit spricht Verf. die Kernregion als Sitz der Erkrankung an (dann ist die im Titel gegebene Bezeichnung „Pseudobulbärparalyse" nicht am Platze, Ref.). Syphilis konnte Verf. als Ursache bestimmt ausschliessen; welche sonstige Noxe aber wirksam gewesen sei, lässt Verf. dahingestellt. (Die Krankheitsgeschichte legt die Annahme einer postdiphtheritischen Lähmung verführerisch nahe. Man kann wohl ungezwungen annehmen, dass das erste Stadium, nach welchem vorübergehend vollkommenes Wohlsein eintrat, nichts Anderes war, als ein leichter Anfall von Halsdiphtherie. Der Verlauf bietet viele, mit der sogenannten postdiphtheritischen Ataxie verwandte Punkte dar. Es ist deshalb zu bedauern, dass über das Verhalten der Sehnenreflexe nichts ausgesagt ist. Ref.)

2) Vertigo laryngis bei Hypertrophie der Zungentonsille. Ein 43jähriger, kräftiger, etwas corpulenter Mann, welcher sich in jeder Beziehung vollkommen wohl fühlte, bekam plötzlich einen Hustenanfall mit unmittelbar darauf folgender vollkommener Bewusstlosigkeit, die jedoch blos von kurzer Dauer war. Vor der Untersuchung hatte Patient 6 solcher Anfälle gehabt. Husten ging immer dem Anfall voraus, wenn er auch die letzten paar Male mehr aus einem Räuspern bestand. Nervöse Veranlagung war nicht vorhanden, doch fröhnte Pat. ziemlich stark dem Tabaks- und Alcoholgenusse. Bei der Besichtigung des Kehlkopfinnern zeigten sich die beiden Stimmbänder etwas hyperämisch, es liess sich aber absolut keine Beeinträchtigung ihrer Functionen nachweisen. An der Zungenbasis sah man eine beträchtliche Hypertrophie der dort befindlichen Lymphdrüsen, welche den freien Rand der Epiglottis überragten und besonders an der linken Seite dieselbe einzuklemmen schienen. Die eingeschlagene Behandlung bestand aus der localen Anwendung der Galvanocaustik und wiederholten Pinselungen mit Lugol'scher Lösung; innerlich Asa foetida und Zincum valerianicum. Der Erfolg war das Sistiren der Anfälle, doch schrieb Patient einige Monate später, „jeder Excess, den er begehe, wäre eine Warnung für ihn, die ihn zur Vorsicht und Enthaltsamkeit auffordere".

Im Gegensatze zu Jenen, welche den Larynxschwindel in eine Pa-

Digitized by Google

rallele mit dem Ménière'schen Schwindel setzen oder als eine vom Kehlkopf ausgehende Epilepsie auffassen, glaubt Verf. mit Mc. Bride, Lennox Browne und F. J. Knight, dass in den der Krankheit eigenthümlichen Hustenparoxysmen ein krampfhafter Schluss der Glottis nach einer vollen Inspiration stattfindet, wodurch ein vermehrter intrathoracischer Druck gesetzt wird, welcher eine Stauung in der cerebralen Blutcirculation und dadurch Syncope hervorruft. — In der dem Verf. zugänglichen Literatur, welche am Schlusse des Aufsatzes in vollständiger Weise zusammengestellt ist (nach dieser Zusammenstellung liegt bisher noch keine einzige Beobachtung von deutscher Seite über diesen Gegenstand vor — Ref.), fand er 25 Fälle von „Vertigo laryngis" verzeichnet. Der Fall von Sommerbrodt, bei welchem es sich um einen Larynxpolypen handelte (Berliner klin. Wochenschrift 1876), wird vom Verf. erwähnt, aber als nicht streng hierher gehörig ausgeschlossen.

A. Sch. (N.-Y.)

Notiz.

Herr Dr. Schiffers ist mit der Leitung der in Lüttich neu errichteten otologischen und laryngo-rhinologischen Klinik und Poliklinik betraut worden.

III. Inserate.

Die Corrosions-Anatomie des Ohres.

Von

Prof. Dr. Fr. Bezold.

10 Bogen gross 4° mit 6 Tafeln in Lichtdruck.

I. Theil: **Weichtheilcorrosionspräparate.**
II. „ **Knochencorrosionspräparate.**

Preis 14 Mark.

Verlag von Fr. Bassermann in München.

INHALT.

I. Originalien: Noltenius: Beitrag zur pathologischen Anatomie des Ohres. (Schluss.) — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin. (Fortsetzung.) — Grünwald: Todesfall nach Exstirpation eines Kehlkopfpolypen. — Onodi: Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. — b) Rhinologische: Schnetter: Der nervöse Kopfschmerz. — c) Pharyngo-laryngologische: Bardenheuer: Vorschläge zur Kehlkopfexstirpation. — Laquer: Ueber Pharyngotomia subhyoidea. — Gleitsmann: Zwei seltene Fälle von Halsneurosen. — Notiz. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, November 1890.** **No. 11.**

I. Originalien.

Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie.

Vortrag,

gehalten am 8. August 1890 in der otiatrischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin

von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

Meine Herren! Dass das Ohr während der jüngst vergangenen Influenza-Epidemie nicht unberührt bleiben wird, auf das konnte wohl jeder Otiatriker rechnen, ebenso wussten wir ja auch, dass es die Erkrankungen des Mittelohres sein werden, welche als Complication dieser epidemischen Erkrankung in unsere Behandlung gerathen werden. — In der Aetiologie der Mittelohrerkrankungen steht ja die Influenza als wichtiger Factor da, und wenn die Sache nicht ganz so ausgefallen ist, wie dies Oscar Wolf[1]) in seinem Vortrage gelegentlich der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden vor 3 Jahren erwähnte, dass in Folge der Influenza zumeist nur leichtere catarrhalische Erkrankungen

[1]) Wolf: Die Beziehungen der Ohrenkrankheiten zu den Allgemein-Krankheiten des Körpers. Tageblatt der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wiesbaden 1887, pag. 325.

Digitized by Google

der Eustach'schen Röhre und der Paukenhöhle und nur selten suppurative Processe auftreten, so könnte man dies dem Umstande zuschreiben, dass Wolf damals nicht auf den epidemischen, am wenigsten aber auf einen solch' destruirenden Character der Influenza dachte, wie wir dies in der letzten Epidemie beobachten konnten.

Die Epidemie zeigte sich zuerst in Russland und kam in der Gesellschaft der Aerzte zu St. Petersburg zu allererst zur Sprache, als Neumann[2]) erwähnte, dass er in mehreren Fällen Gelegenheit hatte, in Folge der Influenza eine seröse oder eitrige Mittelohrentzündung zu finden; Schmitz[3]) erklärt die in der Paukenhöhle vorgefundenen Veränderungen für ganz selbstständige, welche mit der Influenza in gar keinem Zusammenhange stünden. — Patrzek[4]) schliesst sich der Ansicht Neumann's an, und giebt zugleich der Verwunderung Ausdruck, warum in den übrigen Städten, wo die Epidemie bereits ihre Opfer holte, das Ohr wenig Berücksichtigung gefunden. Er erwähnt, mehrere Fälle von Mittelohrentzündung gesehen zu haben, deren characteristisches Symptom die Blutung wäre; an anderer Stelle[5]) führt Patrzek zwei einschlägige Fälle an, in denen ein blutig-eitriger Ausfluss bestanden hatte; im zweiten Falle war Epistaxis vorausgegangen.

Dass die oben erwähnte Anschauung Schmitz's eine irrige war, bewies die Zukunft, da doch überall Aufsätze über die Influenza erschienen; in den meisten derselben fanden wir die Ohrcomplication erwähnt, ausserdem begegneten wir aber auch noch einer ganzen Schaar von Aufsätzen, die aus specialistischer Hand kamen und sich mit der influenzösen Erkrankung des Ohres beschäftigten. — Einige von diesen Aufsätzen enthielten zwar kaum etwas Anderes, als die bereits früher erschienenen, doch finden wir andererseits bei genauerer Durchmusterung oft ganz entgegengesetzte Ansichten betreffs des Wesens der Erkrankung vertreten, und auch bezüglich der Therapie begegnen wir mehreren Variationen, so dass es vielleicht am Platze ist, sich in kurzen Zügen mit den Anschauungeu einiger Autoren zu befassen, bevor ich auf meine eigenen Fälle übergehe.

Löwenberg[6]) erwähnt, 20 Fälle von Otitis media gesehen zu haben, die in Folge der Influenza aufgetreten wären; ihr Verlauf war ein rascher und sie gingen alle in vollkommene Genesung über.

Haug[7]) fand in 11 Fällen, dass am 3.—7. Tage der Allgemein-Erkrankung eine äusserst acute Entzündung des Mittelohres aufgetreten war, die mit aussergewöhnlich rapider Exsudation von rein hämorrhagischem Secret in der Paukenhöhle und am Trommelfell erschien. Im Verlaufe von 6—12 Stunden war eine tiefdunkelblaurothe Verfärbung und Hervorbauchung des Trommelfells, einige Male mit einer oder mehreren, zumeist in der hinteren Hälfte sich gebildeten Blasen zu sehen, und innerhalb längstens 12 Stunden war zumeist die Perforation

---

[2]) St. Petersburger med. Wochenschrift No. 50, 1889.
[3]) St. Petersburger med. Wochenschrift No. 50, 1889.
[4]) Allgem. med. Central-Zeitung No. 6, 1890.
[5]) Allgem. med. Central-Zeituug No. 9, 1890.
[6]) Bull. méd. No. 3, 1890.
[7]) Münchener med. Wochenschrift No. 3, 1890.

Digitized by Google

spontan erfolgt; rascher heilten jene Fälle, die paracentesirt wurden. An anderer Stelle[8]) berichtet Haug über 80 Fälle von Ohrerkrankung, die in directem Causalnexus zur Influenza gestanden hatten, bei denen sich drei Typen unterscheiden liessen. In der einen Gruppe der Fälle handelte es sich zumeist um Schwellung und Hyperämie der Tube, Paukenhöhle und des Trommelfells, mit einem wenig oder gar nicht alienirten Hörvermögen; in der zweiten Gruppe waren die Fälle mit starken Schmerzen und erhöhter Temperatur einhergegangen, am Trommelfell war eine diffuse Röthe zu sehen, in die Trommelfellschichten trat eine Exsudation hinein und mit dieser ging der Erguss des Secretes in das Cavum tympani Hand in Hand; das Secret war Anfangs seromucös, dann muco-purulent, der ganze Process relativ gutartiger, als die durch andere Infectionen hervorgerufenen Erkrankungen des Ohres zu sein pflegen. Die dritte Gruppe umfasst die rein hämorrhagische Form, die den Influenzatypus am besten repräsentirt. Bei den Fällen der ersten Gruppe war Haug neben der Allgemeinbehandlung mehr durch Gargarismen und Inhalationen, als durch zu häufige Luftdouche zum Ziele gekommen, bei den übrigen Fällen hingegen musste mehr eine direct locale Behandlung eingeleitet werden.

Dreyfuss[9]) beobachtete mehrere Fälle von hämorrhagischen Entzündungen des Trommelfells, die in Folge der Influenza neben serösen oder eitrigen Exsudatansammlungen in der Paukenhöhle einhergingen; die Hämatome bildeten sich gewöhnlich in der Substanz des Trommelfells und sassen zumeist an der Peripherie desselben. Die Erkrankung des Ohres zeigte überhaupt einen milden Character und recht günstigen Verlauf.

Schwabach[10]) berichtet über 62 Fälle, und hatten sich dieselben grösstentheils mit grosser Intensität eingesetzt; 22 Mal konnten Blutungen in dem Gewebe des Trommelfells constatirt werden, doch war der Verlauf derselben im Allgemeinen günstig, am günstigsten dort, wo die Paracentese gemacht wurde. Letzteres wird, auf Grund neuerer 23 Fälle, an anderer Stelle[11]) bekräftigt, da die meisten Fälle nach der Paracentese in viel kürzerer Zeit heilten, als jene, welche mit bereits bestandener Perforation zur Behandlung kamen.

Michael[12]) nimmt 2 Gruppen von Erkrankung des Ohres in Folge der Influenza an, solche, die als Folgezustände zu betrachten sind und solche, die mit starken Schmerzen im Kopf, in den Ohren und in dem Schläfenbein schon 1—2 Tage nach dem Beginn des Fiebers auftreten und gleich Anfangs auch noch mit einer auffallend geringen Schwerhörigkeit einhergehen; letztere sind als im Gehörorgan sich localisirende Influenza-Fälle anzusehen. Characteristisch wäre der sammtartige Glanz und die dunkelrothe Injection des Trommelfells; die Schwerhörigkeit wird in den nächsten Tagen hochgradiger. Tritt eine Perforation im Trommelfell auf, dann entleert sich Anfangs seröses,

[8]) Münchener med. Wochenschrift No. 8, 1890.
[9]) Berliner klin. Wochenschrift No. 3, 1890.
[10]) Berliner klin. Wochenschrift No. 3, 1890.
[11]) Centralbl. f. d. med. Wissensch. No. 6, pag. 153, 1890.
[12]) Deutsche med. Wochenschrift No. 6, 1880.

Digitized by Google

später aber eitriges Exsudat; weder nach der Paracentese noch nach spontanem Durchbruch des Trommelfells war subjective Erleichterung aufgetreten. — Die Ohrsymptome bei Influenza hält Michael für den subjectiven und objectiven Ausdruck einer intensiven Hyperämie der Schleimhaut des Gehörorganes, und empfiehlt dem entsprechend eine diaphoretische Behandlung, um die überfüllten Organe zu entlasten; die Paracentese wäre für das Gros der Fälle überflüssig und schädlich und ist es angezeigter, pro Tag und Ohr je einen Blutegel ohne Nachblutung an den Warzenfortsatz zu setzen, ausserdem können Priessnitz-Umschläge auf's Ohr, ferner Laxantien und Senffussbäder verordnet werden.

Katz[13]) beruft sich auf 50 Fälle und glaubt, dass die acute Mittelohrentzündung gewöhnlich erst in der Reconvalescenz der Influenza auftritt, was seinen Grund in der Beschaffenheit des Flimmerepithels der Tuben hat, das im Anfang der Allgemeinerkrankung besser flimmert und somit auch die vom Rachen aus eindringende Noxe besser abwehrt. Bezüglich der Therapie stimmt er mit Löwenberg gar nicht überein. Letzterer wünscht nämlich in frischen Fällen, in prophylactischer Hinsicht, die Louftdouche anzuwenden, doch werden durch eine solche Encheirese die Schmerzen vermehrt und der entzündliche Process gesteigert. Katz beschränkt sich mehr auf die locale Anwendung von 5—10procentgm. Carbolglycerin, Cocain- und Atropinlösung, und empfiehlt er auch, nicht mit der Paracentese so sehr zu eilen, da der frühzeitig eingeführte Eingriff auf den mycotischen Entzündungsprocess der Paukenhöhle nur ungünstig wirken könnte.

Politzer[14]) theilt einen Bericht über die im Verlaufe der in Wien geherrschten Influenza-Epidemie beobachteten Ohrerkrankungen mit und konnte er von 134 Fällen catarrhalische Schwellungen in der Tuba und Trommelhöhle, mit serösem oder schleimigem Secrete, verhältnissmässig wenige Male finden, da zumeist Entzündungen der Mittelohrschleimhaut mit schleimig-eitriger oder eitriger Absonderung bestanden hatten. Häufig wurde im Anfang eine Myringitis bullosa hämorrhagica gefunden; von den Fällen, die mit Durchbruch des Trommelfells einhergingen, zeigten jene einen hartnäckigen Verlauf, wo die Perforation im hinteren oberen Quadranten des Trommelfells aufgetreten war; dieselben waren auch häufig mit Abscessbildung im Warzenfortsatz complicirt. Die Schmerzen hatten oft selbst nach Ablauf der Entzündung und nach dem Aufhören der Eiterung noch längere Zeit hindurch bestanden, ebenso pflegten auch subjective Geräusche und auffällige Empfindlichkeit gegen Töne und Geräusche oft noch nach Verlauf des Processes zurückzubleiben. Im Gros der Fälle dauerten die Reactionserscheinungen 8—14 Tage, die vollkommene Heilung erfolgte erst nach 6—8 Wochen. Häufiger als sonst war der Warzenfortsatz mit afficirt und von 18 an anderer Stelle[15]) erwähnten Fällen gelang es nur drei Mal, durch die frühzeitig eingeleitete energische Antiphlogose der Eröffnung des Warzenfortsatzes vorzubeugen, die in den übrigen (?)

---

[13]) Therap. Monatshefte No. 2, 1890.
[14]) Wiener med. Blätter No. 9 u. 10, 1890.
[15]) Wiener klin. Wochenschrift No. 10, 1890.

Digitized by Google

Fällen ausgeführt, nach der Entfernung der Corticalis den Eiterherd zu meist im unteren Abschnitt entdecken liess; eine Communication der Abscesshöhle im Warzenfortsatze mit dem Antrum mastoideum und der Trommelhöhle bestand nur selten.

Habermann[16]) hat von 39 Fällen 21 Mal einen Durchbruch des Trommelfells auftreten gesehen; in 7 von letzteren Fällen wurden Blutblasen am Trommelfelle beobachtet und 2 Mal bedeckten solche den ganzen knöchernen Theil des äusseren Gehörganges. Der Verlauf war zumeist gutartig und kurz, wo jedoch der Durchbruch des Trommelfells erst später erfolgte, dort war er langwierig; 2 Mal war der Warzenfortsatz mitafficirt. Die Entzündungen mit Blutblasenbildung auf dem Trommelfell sieht Habermann als Influenzaerkrankung des Ohres an, und findet er eine Stütze dafür in den Beobachtungen Löwenstein's und Leyden's, die eine ähnliche für Influenza characteristische Erkrankung des Pharynx nachwiesen, welche er selbst für die Nasenschleimhaut in gleicher Weise bestätigt.

Eitelberg[17]) erwähnt, in über 100 von ihm beobachteten Fällen häufig Blutaustritte an den verschiedensten Theilen des Trommelfells gesehen zu haben; zwei Mal waren solche Hämorrhagien vorhanden, wie sie sonst bei Abtragen von grösseren Polypen vorzukommen pflegen. Trotz der stürmischen Erscheinungen, unter denen sich die eitrige Mittelohrentzündung angekündigt hatte, war der Verlauf durchschnittlich äusserst günstig. Als Complication wird die Otitis externa erwähnt, gegen welche sich Watteeinlagen, mit 5procentigem Carbolglycerin getränkt, gut bewährten. — An anderer Stelle berichtet Eitelberg[18]) über 35 Fälle seiner Privatpraxis und erwähnt bezüglich der Therapie, im Anfangsstadium der Paukenhöhlenentzündung von 5procentigem Carbolglycerin gute Erfolge gehabt zu haben; war jedoch eine Suppuration aufgetreten, dann verordnete er Creolinwasser oder Kochsalzlösung zu Ausspritzungen, und wenn dies nicht genügte, wurden Einträufelungen mit 4procentiger Borsäurelösung gemacht, und wenn auch der Warzenfortsatz mitafficirt war, wurde derselbe mit Jodtinctur gepinselt.

Gruber[19]) bietet auf Grund statistischer Tabellen der Fälle von Mittelohrentzündung eine klare Anschauung der Häufigkeit der Erkrankungen im Hörorgane während der letzten Influenza-Epidemie, deren überwiegendes Plus im Verhältnisse zu den in denselben Monaten der früheren Jahre behandelten Kranken sofort in's Auge fällt. Von den subjectiven Symptomen wird besonders der Schmerz hervorgehoben, der den Eintritt der Otorrhoe sehr oft lange überdauerte und nicht nur auf die correspondirende Kopfhälfte, sondern auch auf den Hals, Nacken, manchmal sogar auf die oberen Extremitäten ausstrahlte. Von den objectiven Symptomen fiel besonders die Hyperämie auf, die sich am Trommelfell, im äusseren Gehörgange und an den nachbarlichen Gebilden des Ohres in verschiedenem Maasse zeigte. Oft gesellte sich der Paukenhöhlenentzündung eine Ostitis und Periostitis der Warzengegend hinzu,

[16]) Prager med. Wochenschrift No. 8, 1890.
[17]) Wiener med. Presse No. 7, 1890.
[18]) Archivos internacionales de laringolia, otologia, rinologia No. 3, 1890.
[19]) Allgem. Wiener med. Zeitung No. 10, 1890.

Digitized by Google

die in vielen Fällen zur Abscessbildung im Knochen und seinen Weichgebilden führten; in sechs Fällen musste Gruber den Warzenfortsatz eröffnen. — Die im Gefolge der Influenza sich abspielenden Processe im Ohre sind nach Gruber's Ansicht nicht immer vom Nasenrachenraume ex contiguo fortgeleitete, sondern auch selbstständige. Dass die Erkrankungen im Ohre einen solch' hartnäckigen Verlauf zeigen, findet seinen Grund darin, dass die in das Mittelohr gelangten Microben hier leichter nisten werden, weil doch der Luftaustausch schwerer vor sich geht.

Truckenbrod[20]), erwähnt meist schwere Formen von Otitis media acuta gesehen zu haben; schon im Beginn waren heftige Schmerzen im Processus mastoideus aufgetreten, oft schon, während kein oder nur mässiges Exsudat in der Paukenhöhle war; dieselben liessen trotz der Paracentese und Durchspülungen nicht nach. Von ca. 50 Fällen musste 10 Mal die Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgenommen werden und 8 Mal wurde auch hier Eiter gefunden. Nur ein Fall endete in Folge einer Meningitis letal, die übrigen verliefen günstiger.

Jankau[21]) berichtet über 150 Fälle aus Kuhn's Poliklinik und Privatpraxis in Strassburg, die im Verlaufe oder im Gefolge der letzten Influenzaepidemie vorgekommen waren. Wenn auch das eigentliche Virus der Erkrankung noch unbekannt ist, da der bacteriologisch nachgewiesene Streptococcus, Staphylococcus und Diplococcus auch im normalen Sputum und in fast jeder Mundhöhle vorkommen, so muss man andererseits einen Genius epidemicus unbedingt annehmen, denn in denselben Monaten früherer Jahre waren höchstens 4—6 sporadische Otitisfälle vorgekommen und selbst in jenen Monaten, wo im Anschlusse an Grippe und Bronchitis acute Mittelohrprocesse auftraten, waren nie mehr als 25—30 Otitiden zu verzeichnen. Auffallender Weise erwähnten die meisten Kranken, dass mit dem Auftreten der Otorrhoe die Schmerzen wohl, die Schwerhörigkeit jedoch nicht nachliess. Die Therapie bezog sich zumeist auf diaphoretische Mittel nebst 10procentigen Carbolglycerineinträufelungen. Bei spontanem Trommelfelldurchbruch war der Verlauf zwar ein protrahirter, doch niemals von so zerstörendem Character, wie bei den Otitiden nach anderen Infectionskrankheiten. Eine Aufmeisselung des Warzenfortsatzes musste nie vorgenommen werden und nur in zwei Fällen wurden einige Male punctförmige Cauterisationen der Hautdecke des Proc. mast. vorgenommen, worauf der Zustand heilte. Von anderen Complicationen wurde ein Mal ein schweres Kopferysipel, ein anderes Mal aber eine Gaumenlähmung der betreffenden Seite des erkrankten Ohres bei einem schon früher an Ozaena erkrankten Manne constatirt. Zur Wiederherstellung des Gehörs wurden nebst der Luftdouche auch noch Jodpräparate innerlich und äusserlich in Anwendung gebracht.

Moldenhauer[22]) könnte die in Folge der Influenza aufgetretenen Otitisfälle kaum für schwere ansehen, bei denen übrigens auch die Heilung

---

[20]) Deutsche med. Wochenschrift No. 12, pag. 244, 1890.
[21]) Deutsche med. Wochenschrift No. 12, 1890.
[22]) Schmidt's Jahrbücher No. 4, pag. 111, 1890.

Digitized by Google

bald erfolgte. — Stimmel[23]) bekräftigt dies. — Voss[24]) erwähnt die auffallend grosse Menge von Otitis media acuta, deren Verlauf meist schwer war.

Rohrer[25]) beobachtete an 61 Individuen 80 verschiedene Erkrankungen des Ohres, die einerseits während, andererseits nach Verlauf der Influenza aufgetreten waren. Der Verlauf der Ohrerkrankung war ein genügend günstiger und die Behandlung der einzelnen Fälle die stets schulgemässe.

Neumann[26]) berichtet über 25 Influenza-Otitiden und hebt deren Gutartigkeit besonders hervor. — Tschudi[27]) beobachtete während der Influenzaepidemie 14 Mal an stationären Ohrenkranken eine acute Mittelohrentzündung, doch nur in einem Falle konnte er dieselbe in zweifellosen Zusammenhang mit der Influenza bringen. Um dieselbe Zeit wurde an 82 ambulanten Ohrenkranken 11 Mal ein acuter Paukenhöhlencatarrh, 11 andere Male aber eine acute eitrige Entzündung derselben gefunden und war letztere in 8 Fällen Anfangs mit characteristischen Symptomen — vesiculöse Hämorrhagien am Trommelfell und manchmal auch an den Wänden des äusseren Gehörganges — einhergegangen.

Drasche[28]) meint in seinem längeren Aufsatze, dass die so häufige Mitleidenschaft der Ohren bei Influenza in einer meist äusserst schmerzhaften, in Eiterung übergehenden Entzündung des Mittelohres bestehe und manchmal von sehr langer Dauer ist. Dieselbe stellt sich entweder in den ersten Tagen der Influenza-Erkrankung oder in deren Verlaufe ein. In der Mehrzahl der Fälle ist sie unzweifelhaft ein Folgezustand der entzündlichen Veränderungen der Schleimhaut im Nasenrachenraume, ein Wandern derselben durch die Tuben in die Paukenhöhle. Die Annahme einer directen Localisation der Influenza-Infection für den in den Ohren sich abspielenden Process entbehrt jedes Beweises.

Keller[29]) hat in Köln während des acuten Stadiums Ohrerkrankungen nicht beobachtet. Die rhinoscopischen Erscheinungen waren durchgehends geringfügige. Bezüglich der verschiedenen Ohraffectionen war am häufigsten das Mittelohr ergriffen durch Fortpflanzung des Processes durch die Tuben, und so zahlreich auch die Fälle von Otitis media purulenta waren, hat Keller keine Miterkrankung des Warzenfortsatzes constatiren können, hingegen hat er viele Fälle von Otalgia nervosa gesehen.

Nach Glower[30]) rühren die Otitiden vielleicht daher, dass bei diesen Patienten der Nasenrachenraum einen Locus minoris resistentiae bildet und zu Folge dieses die Noxe in's Ohr geräth. Auch erwähnt er, dass einzelne der an Otitis Erkrankten einige Tage vorher an Heiserkeit, selbst bis zur Aphonie, gelitten haben.

---

[23]) Ibidem.
[24]) St. Petersburger med. Wochenschrift No. 18, pag. 162, 1890.
[25]) Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 30, pag. 119.
[26]) Wiener med. Wochenschrift No. 15, pag. 619, 1890.
[27]) Der Militärarzt No. 6, pag. 46, 1890.
[28]) Wiener med. Wochenschrift No. 15, pag. 604, 1890.
[29]) Deutsche med. Wochenschrift No. 29, pag. 643, 1890.
[30]) Annal. d. mal. de l'or. No. 2, 1890.

Digitized by Google

Huijsmann[31]) hat in 12 Fällen nach Influenza Ohrenleiden gesehen und hatte neun Mal von diesen eine Myringitis acuta bestanden, die mit Schmerzen und nur geringer Schwerhörigkeit einhergegangen war.

Chatelier[32]) beschreibt 5 schwere Fälle, in denen der Warzenfortsatz eröffnet werden musste. — Auch Botey[33]), Gellé[34]), Spear[35]) und noch viele Andere schrieben über die in Folge der Influenza aufgetretenen Erkrankungen des Ohres, doch will ich mich mit diesen Autoren nicht mehr befassen und endlich nur noch auf die ungarische Literatur reflectiren.

Angyán[36]) erwähnt nur so viel, dass die Otitis media keine seltene Complication der Influenza ist. — Korányi[37]) hat blos 3 Mal in seiner Praxis die Miterkrankung des Ohres gefunden, es handelte sich stets um heftige Schmerzen, zwei Mal um Paukenhöhleneiterungen. — Böke[38]) erwähnt, während der Influenza eine häufige Miterkrankung des Ohres beobachtet zu haben, welche jedoch nicht als Complication anzusehen ist, sondern sich noch vor den catarrhalischen Symptomen der Influenza zeigte. Das erste Symptom der während der Epidemie beobachteten Erkrankung des Ohres war nicht die Schmerzhaftigkeit, sondern die Schwerhörigkeit; in vielen Fällen war ein hämorrhagischer Character vorhanden, vielmals ging die Entzündung der Paukenhöhle gar nicht in Eiterung über und die Kranken klagten blos über durch Wochen hindurch anhaltende Schwerhörigkeit. — Bezüglich der Aetiologie hält B. für naheliegend, dass der Process durch den von Zaufal vor Jahren entdeckten Pneumococcus verursacht wird.

Wenn wir nun nach all' dem die Aufsätze durchblicken, welche sich mit den während der Influenza-Epidemie beobachteten Ohrerkrankungen befassen, so finden wir, dass zumeist das Mittelohr als Sitz der Erkrankung bezeichnet wird, welche acut an einem bis nun ganz gesund gewesenen Ohre oder aber als Recidive eines schon vorher bestandenen Uebels aufgetreten war. — Nach dem Verschwinden der ersten Symptome der Entzündung blieb eine catarrhalische Veränderung oder ein suppurativer Process zurück.

Bereits an anderer Stelle[39]) hatte ich Gelegenheit, darauf zu deuten, wie die neueren bacteriologischen Forschungen an der Pathologie der acuten Otitis media wesentlich änderten, nachdem es gelungen war, im Paukenhöhlensecret einzelne Microben zu entdecken. Die während der Influenza-Epidemie beobachteten Otitiden lieferten genügendes Material

---

[31]) Ref. Centralbl. f. d. med. Wissenschaften No. 17, pag. 310, 1890.
[32]) Annal. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx No. 3, pag. 164—175, 1890.
[33]) Revista de Ciencias Médicas de Barcelona No. 3, 1890.
[34]) La médecine moderne No. 4, 1890.
[35]) Boston med. and surg. Journ. No. 6, 1890.
[36]) Orvosi hetilap No. 6, pag. 65, 1890.
[37]) Ibidem, pag. 62.
[38]) Ibidem, pag. 68.
[39]) „Zur Pathologie u. Therapie der acuten Entzündung der Paukenhöhle." Allgem. Wiener med. Zeitung No. 38, 1889.

Digitized by Google

zu diesen Untersuchungen, und möchte ich nun das Ergebniss einiger Autoren hier kurz anführen.

Tueffert[40]) erwähnt, dass Bouchard in manchen Fällen von Otitis media Pneumococcen fand, — Finkler[41]) hat 2 Mal Eiter aus dem Ohre untersucht; ein Mal gelang es ihm, den Streptococcus in Reincultur zu züchten, das andere Mal konnte er auch den Staphylococcus albus finden. (Schluss folgt.)

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

Discussion:

Jacobson (Berlin) macht einige Bemerkungen über die Behandlung der chronischen Schwerhörigkeit mittelst der von Lucae angegebenen „federnden Drucksonde", die bis jetzt nur wenig Anerkennung gefunden. So erwähnt Kretschmann in einem Bericht aus der Hallenser Klinik, dass in den meisten Fällen von Sclerose von der Anwendung, wegen allzugrosser Schmerzhaftigkeit derselben, Abstand genommen werden musste, und dass in den wenigen Fällen, in denen sie vertragen wurde, eine auffällige Besserung nicht zu bemerken war. Auch Eitelberg hat bleibenden Erfolg von der Drucksondenbehandlung bei chronischem Mittelohrcatarrh nur äusserst selten constatiren können. Da nun auch Gradenigo die Drucksonde in seinem Referat nur ganz kurz und nicht gerade sehr anerkennend erwähnt hat, so kann Jacobson nicht umhin, an dieser Stelle auszusprechen, dass er nach seinen Erfahrungen die Application der Drucksonde unter den therapeutischen Maassnahmen für eine der wichtigsten halten muss. Er benutzt dieselbe in allen Fällen, wo in Folge von chronischem trocknen Mittelohrcatarrh oder abgelaufener Mittelohreiterung Schwerhörigkeit entstanden ist, welche durch Catheterismus entweder gar nicht oder nur wenig gebessert wird. Häufig lässt sich bereits nach der ersten Application derselben schon eine beträchtliche Zunahme der Hörweite constatiren; ist dieses nicht der Fall, so lässt er der Drucksonde unmittelbar den Catheterismus folgen, worauf dann in vielen Fällen die gewünschte Hörverbesserung eintritt. Dass mitunter auch die Drucksonde nicht mehr zu nützen vermag, ist selbstverständlich; es wird dieses namentlich dann der Fall sein, wenn der schallleitende Apparat durch feste, starre Adhäsionen und dergleichen fast vollkommen unbeweglich geworden ist, und ferner dann, wenn neben der Erkrankung des Mittelohres bedeutende Veränderungen im Hörnervenapparate vorhanden sind. Nützt die Application der Drucksonde event. mit nach-

[40]) Gaz. des hop. No 13, pag. 120, 1890.
[41]) Deutsche med. Wochenschrift No. 5, pag. 86, 1890.

Digitized by Google

folgendem Catheterismus das erste Mal garnichts, so wendet er sie nicht wieder an. Eine bleibende Verschlechterung nach Application derselben erinnert er sich nicht, jemals beobachtet zu haben; eine vorübergehende Verschlechterung, unmittelbar nach der Application, hat er häufig constatirt. Dieselbe wird aber stets wieder beseitigt, wenn man nun sofort catheterisirt, worauf dann sehr häufig eine bedeutende Verbesserung des Hörvermögens erfolgt. Obwohl Jacobson in den letzten Jahren die Drucksonde im Durchschnitt 5 — 10 Mal täglich anwendet, so begegnet ihm eine Verletzung des Trommelfells, eine Excoriation oder gar eine traumatische Perforation niemals. Allerdings lässt er den Kopf des Patienten und bei rechtsseitiger Anwendung, wenn möglich, auch die rechte Hand desselben durch Gehilfen stets fest fixiren. Die Schmerzhaftigkeit ist bei manchen, im Ganzen aber seltenen Fällen, sehr gross; gewöhnlich ist sie ganz unbedeutend. Besteht eine Vorwölbung der vorderen Gehörgangswand, hinter welcher der Proc. brevis sich gewissermaassen vorstreckt, so kann es schwierig sein, die Drucksonde in der von Lucae ursprünglich angegebenen geraden Gestalt aufzusetzen, und kann hierbei die vordere Gehörgangswand vielleicht etwas irritirt werden. Um dieses zu vermeiden, hat Jacobson den Stempel der Drucksonde in geeigneter Weise krümmen lassen, so dass man jetzt in allen Fällen eine Berührung der vorderen Gehörgangswand vermeiden kann. Der Vollständigkeit wegen erwähnt Jacobson auch noch, dass er Vortheil von der Application der Drucksonde nicht nur in chronischen Fällen, sondern auch nach Ablauf acuter Mittelohrentzündungen gesehen habe, wo der Catheterismus allein das Gehör nicht vollständig wiederherstellen wollte. Während des Bestehens acuter Entzündungserscheinungen hat er dieselbe natürlich niemals gebraucht.

Trautmann (Berlin) ist der Ansicht, es sei bei der Behandlung der Sclerose Alles zu vermeiden, was im Stande ist, eine wenn auch noch so unbedeutende entzündliche Reizung im Mittelohre hervorzurufen, da doch diese Reizung eine Steigerung des Leidens hervorrufen wird.

17) Kessel (Jena): Wann soll die vordere Tenotomie des Tensor tympani ausgeführt werden?

Acustische Wahrnehmungen unterscheiden sich nach Intensität, Höhe und Resonanz. Der geringste Grad der Intensität zur Hervorrufung einer Gehörsempfindung heisst die Schwelle. Hier wird die Perception durch Lauschen unterstützt, d. h. das binotische Hören wird in das monotische verwandelt. Ueberschreitet die Intensität ein bestimmtes Maass, so finden reflectorisch Abwehrbewegungen statt; steigert sich die Intensität noch mehr, so kommt es schliesslich zur Betäubung und Bewusstlosigkeit. — Die Höhe der Töne betreffend wird erwähnt, dass das Hörbereich zwischen 8 und 54000 Schwingungen liegt; in das musikalisch reine Hörbereich fallen 64—5000, in das untere 8—64 und in das obere 5000 — 54000 Schwingungen. Im unteren Hörbereich hat man bei 8—24 Schwingungen die Empfindung des Flatterns (am Trommelfell), erst bei 24 Schwingungen beginnt eine Tonempfindung, und zwar zunächst (24—48) Dröhnen, dann (48—64) Brummen; im oberen Hörbereich (5000—54000) werden die Töne zunächst durch Geräusche unrein, schliesslich durch dieselben ganz überdeckt. — Wie die Mundhöhle als Resonator durch Bildung von Vocal- und Consonanten-

Digitized by Google

höhlen bei der Sprache eine Rolle spielt, so haben wir entsprechend auch am Ohre Resonatoren, und zwar fünf: die Rinne unter der Ohrkrämpe, die 3 Muschelgruben und den äusseren Gehörgang; der Tragus, Antitragus und Helix versehen an diesen Resonatoren die Stelle von Klappen, die durch die Mm. tragicus, antitragicus und helicis gestellt werden. Bläst man die 5 Resonatoren vom Gehörgange aufwärts durch enge Röhren an, so erhält man Resonanzen von steigender Höhe und differenter Klangfarbe. Stimmgabeltöne aus dem unteren Hörbereich resoniren am Trommelfell; mit zunehmender Tonhöhe wird der Ton immer mehr in der Richtung nach aussen gehört, schliesslich überhaupt nicht mehr im oder am Ohr, sondern aussen im Raum. Daraus ist es zu erklären, dass beim Weber'schen Versuch nur Töne bis zu 5000 nach dem verschlossenen Ohr hin projicirt werden, da nur bis zu dieser Tonhöhe die Resonatoren innerhalb des Gehörganges liegen. Trommelfell mit Gehörknöchelchen einerseits und Basilarmembran mit Corti'schen Pfeilern andererseits haben als schallübertragende Apparate den gleichen Bau. Sie bilden ein System von Radiärfasern von verschiedener Länge und Spannung, das durch ein Circulärfasersystem gewölbt wird; auf beide findet die Helmholtz'sche Theorie ihre Anwendung.

Die Binnenmuskeln des Ohres ermöglichen die Accomodation. Zum Schutz gegen allzu intensive Gehörseindrücke wird durch die Contraction des Tensor die Amplitude verkleinert, und zwar am meisten für das untere Hörbereich. In umgekehrtem Sinne wirkt der Stapedius; er vergrössert durch seine Contraction die Amplitude, und zwar zumeist für das obere Hörbereich. Die Verkleinerung und Vergrösserung der Amplitüde steht im Zusammenhang mit der Vermehrung resp. Verminderung der Widerstände. — Die Binnenmuskeln üben weiter einen Einfluss auf die Resonanz aus; durch die Abflachung der Radiärseiten des Trommelfells in Folge Tensorwirkung wird die Resonanz, besonders im unteren Hörbereich abgeschwächt, durch Stapediuswirkung hingegen besonders für das obere Hörbereich gesteigert. Dies lässt sich am Präparate und an klinischen Fällen nachweisen.

Kessel betont auch den innigen Zusammenhang zwischen Labyrinthdruck und Kopfdruck. Als Regulatoren für Luftdruckdifferenzen vor und hinter dem Trommelfell dienen die Tubenmuskeln, für Ueber- und Unterdruck im Labyrinth die Binnenmuskeln des Mittelohres. — Hörstörungen werden bedingt durch Abnahme der Hörschärfe und durch das Auftreten subjectiver Geräusche. Letztere gehören ihrer Höhe nach allen 3 oben geschilderten Hörbereichen an; sie entstehen zumeist in der Lamina spiralis ossea der Schnecke, können mit objectiven Geräuschen verglichen werden, geben mit diesen Schwebungen und Differenztöne.

Die vordere Tenotomie ist da angezeigt, wo der Tensor durch abnorm verkürzten Zustand die Spannung, Wölbung und die Widerstände am Trommelfell und dem Gliederapparat geändert hat und nicht mehr im Stande ist, den Labyrinth- und Schädeldruck zu reguliren. Daraus resultiren folgende Indicationen:

1) Lähmung des Musc. stapedius und unbehinderte Function des Tensor;

2) Andauernder Spasmus des Tensor;

Digitized by Google

3) Perforationen am Lichtkegel, nieren- und herzförmige Perforationen;
4) Schwellcatarrh.

Diese 4 Indicationen werden von Kessel näher besprochen, und sind vor Allem die guten Erfolge ad 3 erwähnenswerth, denn hierin ist ein beachtenswerther Fortschritt der Tenotomie zu verzeichnen. Ad 4 unterscheidet Kessel streng, obwohl Uebergangsformen bestehen, zwischen den Schwellcatarrhen und den Sclerosen mit ihren Ancylosen und ausgedehnten typischen Hörnervenatrophieen. Bei letzteren kann natürlich die Tenotomie keinen Erfolg bringen, hier könnte höchstens noch die Extraction der fixirten Stapesplatte in Betracht kommen.

Discussion:

Magnus (Königsberg) fragt, ob die durchschnittene Sehne des Tensor wieder verwächst und welche Folgen dies event. haben kann.

Zaufal (Prag) spricht sich dagegen aus, das Schalenhäutchen des Eies zum Verschlusse traumatischer Rupturen zu verwenden, da eine Infection dabei leicht möglich sei.

Berthold (Königsberg) fragt, ob in alten Fällen von nierenförmigen Perforationen, bei denen das Ende des Hammergriffs an das Promontorium angewachsen ist, nicht ausser der Tenotomie des Tensor noch die Durchtrennung der Synechie erforderlich ist?

Trautmann (Berlin) hält es für nothwendig, um den Erfolg der durch Kessel empfohlenen Operation sicher zu stellen, genaue Beobachtungen der operirten Fälle auf längere Zeit auszudehnen.

Steinbrügge (Giessen) wiederholt die Anfrage Magnus', das Wiederverwachsen der durchschnittenen Sehnenenden des M. tensor betreffend, und hält eine solche für nothwendig, wenn später auf eine normale Function des Accomodationsapparates gerechnet werden soll.

Pollak (Wien) wendet sich gegen die physiologischen Ausführungen Kessel's. Er meint, dass die Frage, ob die Binnenmuskeln des Ohres Accomodationsmuskeln seien, keineswegs entschieden sei. Hensen, Bockendahl, sowie er haben wohl am Tensor tympani des Hundes Contractionen auf Hörreize nachgewiesen, doch sei es bisher nicht gelungen, am Ohre des Menschen Tensorcontractionen nachzuweisen. Und wenn man auch zugiebt, dass Tensor und Stapedius Accomodationsmuskeln sind, müsste man bei Mittelohrcatarrhen, sowohl bei starker Einziehung des Paukenfells, als auch bei perforativen Mittelohrentzündungen die Durchschneidung der Tensorsehne durchgehend vornehmen, da gerade bei diesen Formen hochgradige Contraction des Tensor angenommen werden muss.

Jacobson (Berlin) glaubt, dass sich die aufgeworfene, practisch wichtige Frage, ob nach der Tenotomie des Tensor tympani die durchschnittene Sehne später wieder zusammenwächst, doch noch auf eine einfachere und sicherere Weise entscheiden lässt, als durch die von Kessel vorgeschlagene electrische Reizung des Tensor. Man kann doch mit einer hakenförmig gekrümmten Sonde oder vielleicht besser noch mit einem auch unten stumpfen Schwartze'schen Tenotom einfach von Zeit zu Zeit in die Paukenhöhle hineingehen und nun untersuchen, ob die Sehne noch durchtrennt oder wieder zusammengewachsen ist. Es ist dieses einmal einfacher, als die Application des electrischen Stroms, dann aber auch sicherer; denn, wie Kessel vorhin selber angegeben hat, kann

Digitized by Google

bei letzterer die Bewegung des Hammers auch dann ausfallen, wenn derselbe durch Adhäsionen irgendwo fest angewachsen ist. Die electrische Reizung ergiebt also im Gegensatz zu der Sondenuntersuchung kein sicheres Resultat, ob die Tensorsehne durchschnitten ist, oder nicht. Ist die Sonde oder das stumpfe Tenotom vollständig desinficirt, so wird diese Untersuchung dem Patienten wohl weiter nichts schaden, jedenfalls aber nicht mehr, als die Einführung der punktförmigen Kessel'schen Electrode.

Politzer (Wien) hält die Indication der Tenotomie der Tensorsehne bei nierenförmiger Perforation und Retraction des Hammergriffes aus anatomischen Gründen gerechtfertigt. Dass die getrennten Sehnenenden wieder verwachsen, daran kann nicht gezweifelt werden. Die Wiederverwachsung ist aber nicht nothwendiger Weise mit einer abermaligen Verschlimmerung verbunden, da das neue narbige Zwischengewebe nicht mehr jene Retractionsfähigkeit besitzt, wie das Fasergewebe. Beweis hierfür die Heilung eines Spitzfusses nach Durchschneidung der Achillessehne, trotz Wiedervereinigung der getrennten Sehnenenden.

Kessel giebt mehrmals Aufschluss bezüglich der aufgeworfenen Anfragen und Bemerkungen.

18) Zur Statistik der Ohrenkrankheiten. Referenten: Bürkner (Göttingen), Jacobson (Berlin).

Bürkner bedauert die Ungleichmässigkeit der poliklinischen und klinischen Jahresberichte, welche das Zahlenmaterial für die otologische Statistik liefern müssen und empfiehlt zur allgemeinen Verwendung das vom preussischen Kultusministerium für die otiatrischen Polikliniken (als Grundlage für das „klinische Jahrbuch") vorgeschriebene Formular.

Die hauptsächlichsten Mittheilungen sind folgende:

1) Geschlecht der Kranken: Fast constant findet sich in allen Bevölkerungsklassen das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Kranken wie 6 : 4.

2) Alter der Kranken: Ohrenkrankheiten sind im Kindesalter am häufigsten; bis zum 8. Lebensjahre beträgt die durchschnittliche Procentzahl 3,2 pCt., dann bis zum 18. Lebensjahr 2,4 pCt., bis zum 30. Jahre 1,7 pCt.; von da an fallen die Zahlen constant bis auf 0,6 pCt. — In den ersten 12 Lebensjahren praevalirt das weibliche Geschlecht; von den männlichen Ohrenkranken sind 32 pCt., von den weiblichen hingegen 45 pCt. unter 12 Jahre alt. Nach dem 12. Lebensjahre überwiegen die männlichen Patienten.

3) Kinder und Erwachsene: Etwa 73 pCt. der Ohrenkranken sind Erwachsene, 27 pCt. hingegen Kinder unter 15 Jahren. Doch schwanken die Angaben über diesen Punkt erheblich; z. B. beträgt das Verhältniss der Erwachsenen zu den Kindern in der Göttinger otiatrischen Poliklinik 57 : 43.

4) Erkrankung der Ohrabschnitte: Die Ohrkrankheiten vertheilen sich auf das äussere Ohr mit 23,8 pCt., das Mittelohr nebst Trommelfell mit 66,7 pCt., das innere Ohr mit 6,6 pCt. Beide Geschlechter sind hierbei in dem oben angegebenen Verhältniss 6 : 4 vertreten. Was das Alter betrifft, so finden sich bei den an Mittelohrleiden Erkrankten auffallend viele Kinder (51,8 pCt.).

Digitized by Google

5) Auch die einzelnen Krankheiten vertheilen sich auf die beiden Geschlechter und die verschiedenen Altersstufen verschieden. Z. B. ist das Eczem überwiegend bei Kindern und Weibern zu finden, Accumulatio ceruminis hingegen bei Männern (Erwachsenen), ebenso die Trommelfellverletzungen; beim acuten einfachen Mittelohrcatarrh und der acuten Mittelohrentzündung sind hervorragend die Kinder beiderlei Geschlechts betheiligt etc.

6) Aetiologie: Als häufigste Ursachen für die Mittelohraffectionen finden sich Masern, Scharlach, Diphtheritis, Typhus, Syphilis, Scrophulose und Tuberculose, hereditäre Disposition, alle Nasen- und Rachenkrankheiten. Für die Nerventaubheit kommen am häufigsten Hirnkrankheiten, Syphilis, Scharlach, Typhus, Traumen in Betracht.

7) Jahreszeiten: Ohrenkrankheiten sind am häufigsten am Ende des Winters und Beginn des Frühlings, am seltensten am Ende des Sommers und im Beginn des Winters.

Jacobson bespricht die Statistik der therapeutischen Resultate.

In der grossen Anzahl von Jahresberichten aus klinischen, namentlich aber aus poliklinischen Anstalten sind die in Behandlung genommenen Fälle nach dem Erfolg als „geheilt, gebessert und ungeheilt" tabellarisch zusammengestellt. Doch auf Grund der in dieser Weise verzeichneten therapeutischen Ergebnisse kann kein Urtheil gewonnen werden, weil die Tabellen eine genügend einheitliche Anordnung vermissen lassen.

Die ihrer Verwerthung hinderliche Ungleichheit besteht zunächst darin, dass in einigen Tabellen Kranke, in anderen Krankheitsformen verzeichnet sind, ferner werden die üblichen Ausdrücke „geheilt, gebessert, ungeheilt" von verschiedenen Autoren in durchaus verschiedenem Sinne gebraucht. So bezeichnet Schwartze als „geheilt" diejenigen Patienten, die durch die Behandlung eine normale Hörschärfe wiedererlangt haben. In derselben Weise verfährt Bezold in seinen ersten vier Berichten; in den späteren dagegen rechnet er zu den „geheilten" auch solche Fälle, bei welchen nach Entfernung einer Ceruminalansammlung, einer Schimmelvegetation oder eines Fremdkörpers sich noch weitere, bereits ältere pathologische Veränderungen fanden, wo also functionelle Wiederherstellung nicht herbeigeführt werden konnte. Lucae führt als „geheilt" sowohl diejenigen auf, bei denen gleichzeitig pathologisch-anatomisch und functionell Heilung nachzuweisen, als auch diejenigen, in denen dieser Nachweis nur functionell oder nur pathologisch-anatomisch möglich war. An einige Autoren, in deren Berichten nicht angegeben ist, wovon die Bezeichnungen „Heilung", „Besserung" abhängig gemacht wurden, hat Jacobson schriftliche Anfragen gerichtet und auf diesem Wege Folgendes in Erfahrung gebracht: Christinneck, Ludewig und Stacke führen bei der chronischen Mittelohreiterung, Kretschmann sogar auch bei der acuten als „geheilt" sämmtliche Fälle auf, bei denen lediglich die Eiterung beseitigt wurde. Hessler betrachtet als „geheilt" sowohl die chronische Mittelohreiterung, wie auch den chronischen Mittelohrcatarrh, sobald die Secretion sistirt. Bürkner spricht bei allen Mittelohreiterungen von „Heilung" nur dann, wenn sich die Perforation geschlossen und normales

Digitized by Google

Gehör wieder eingestellt hatte. Bei den übrigen Krankheiten des Ohres machen die eben genannten Autoren den Ausdruck „Heilung“ von der Wiederkehr der normalen Hörschärfe abhängig. Gruber dagegen berücksichtigt bei der Gruppirung der therapeutischen Ergebnisse allein die Beseitigung oder Besserung des Grundleidens, niemals das Hörvermögen. Es zeigt sich also, dass fast in jedem Bericht unter „Heilung“ oder „Besserung“ etwas Anderes gemeint ist. Es ist daher wünschenswerth, dass in Zukunft die Verschiedenheiten aufgegeben und einheitliche Gesichtspunkte bei der Zusammenstellung der statist. Tabellen zu Grunde gelegt werden, denn die aus letzteren sich ergebenden Aufschlüsse sind nur dann von einiger Zuverlässigkeit, wenn sie sich auf grosse Zahlen stützen können; um aber solche zu erhalten, ist es nothwendig, viele statist. Uebersichten aneinander zu reihen, und dieses wäre nur möglich, wenn alle nach gleichen Grundsätzen gearbeitet sind.

Zu diesem Ende macht Jacobson den Vorschlag, in den Tabellen stets Krankheitsformen zu verzeichnen, da oft genug bei ein und demselben Patienten gleichzeitig mehrere Affectionen bestehen, die im anderen Fall nicht sämmtlich aufgeführt werden könnten, wodurch aber eine Menge statist. Materials ungenützt verloren gehen würde.

Sodann wäre über die den Ausdrücken „geheilt, gebessert, ungeheilt“ zu Grunde zu legenden Begriffe eine Vereinbarung zu treffen. Seinen auf der Kölner Naturforscherversammlung im Jahre 1888 gemachten Vorschlag, die genannten Ausdrücke nur in functionellem Sinn zu gebrauchen, möchte er jetzt, nach eingehenderer Beschäftigung mit dem Gegenstande, fallen lassen, weil es Krankheiten giebt, bei denen die Function nicht leidet, so dass also bei diesen der Zustand des Hörvermögens nicht über den Erfolg der Behandlung entscheiden kann, und jetzt nun vorziehen, bei den Krankheiten des äusseren Ohres mit Einschluss des Trommelfells die Bezeichnung der therapeutischen Erfolge von dem Stande des Grundleidens abhängen zu lassen. Erscheint letzteres gehoben, so werden wir von „Heilung“ sprechen müssen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass völlige anatomische Restitution nicht erzielt zu sein braucht. Ist z. B. ein Cancroid der Ohrmuschel operativ beseitigt und ein Recidiv nicht erfolgt, so haben wir es mit einem Geheilten zu thun, wenn auch ein Stück von der Ohrmuschel amputirt wurde. Im Gegensatz hierzu wäre bei den Krankheiten des inneren Ohres, bei denen die objective Untersuchung intra vitam vollständig im Stiche lässt, das Hörvermögen für den erzielten therapeutischen Erfolg als maassgebend anzusprechen. Freilich müssen wir hier eine Ausnahme machen, und zwar bei dem sogen. nervösen Ohrensausen, bei welchem die Hörschärfe normal ist. Was endlich die Krankheiten des Mittelohres anlangt, so wird es sich bei diesen kaum umgehen lassen, die Bezeichnung der Behandlungsergebnisse theils von dem Verhalten der Hörschärfe, theils von dem Stande des Grundleidens abhängig zu machen. Ersteres dürfte sich empfehlen bei dem acuten und chronischen Catarrh mit Einschluss der Sclerose und bei den Residuen abgelaufener Mittelohreiterung, letzteres bei den Entzündungen, den Neubildungen, den Neurosen. Von den Mittelohreiterungen möchte Jacobson als „geheilt“ nur diejenigen bezeichnen, bei denen nach Ablauf der Entzün-

Digitized by Google

dung, nach Aufhören der Secretion sich auch die Trommelfellperforation vollständig geschlossen hat, als gebessert diejenigen, bei denen die Eiterung sistirte. — Schliesslich legt Jacobson eine Tabelle vor, auf welcher, nach Art der von Bürkner im Jahre 1883 gegebenen, die von verschiedenen Autoren bei den häufigsten Ohrenkrankheiten gewonnenen Behandlungsresultate verzeichnet sind. Bürkner hat damals bei der procentischen Berechnung der Behandlungsresultate die nicht in Behandlung genommenen und die in Behandlung befindlichen Patienten in Abrechnung gebracht, die vor beendigter Cur ausgebliebenen indessen noch mitgezählt. Jacobson hält es für richtiger, auch letztere auszuschliessen, da wir ja auch bei diesen von dem erzielten Erfolg nichts wissen; sodann hat er die doppelseitigen Fälle stets doppelt gezählt, und fiel es ihm auf, dass dieses in den bisherigen statist. Tabellen meist nicht geschehen ist. Doch, will man in Zukunft eine richtige procentische Angabe erhalten, muss auch hierin eine Aenderung getroffen werden*).

Das Ulcus septum nasi perforans.

Von

Dr. **Joseph Dietrich,** Ohrenarzt in Elbing.

Der knorpelige Theil der Nasenscheidewand ist häufig der Sitz eines Geschwürs, welches zur vollständigen Perforation des Knorpels nebst seiner beiderseitigen Decken führt. Zuckerkandl[1]) sah diese Perforation unter 150 Leichen 8 Mal. Es entsteht ohne Schmerz und häufig auch ohne Wissen des Patienten meist ziemlich schnell ein rundliches Loch im Septum cartilagineum. Liegt dasselbe ganz vorn, so kann man es schon sehen, wenn man nur die Nasenspitze des Patienten ein Wenig hebt; im hinteren Abschnitte des Knorpels gelegene Defecte kann man dagegen nur unter Anwendung des Rhinoscops bei Reflectorbeleuchtung wahrnehmen. Die äussere Form der Nase erfährt hierbei je nach der Grösse der Perforation entweder gar keine oder doch nur eine geringe Veränderung; es sinkt der über dem Defect befindliche Theil des Nasenrückens ein Wenig ein. Bei sehr weitgehender Zerstörung des Knorpels, besonders des vorderen Abschnittes desselben, kann nach einer Beobachtung Voltolini's[2]) die Nasenspitze bis zur Berührung mit der Ober-

*) Nach Verlesung dieser Referate beantragt Schwabach (Berlin), man möge über das Thema nicht discutiren, sondern die Referenten mögen gelegentlich einer nächsten Versammlung mit concreten Vorschlägen auftreten. Szenes (Budapest) befürchtet, dass dieser Aufschub nutzlos wäre, da es zu jener Zeit wieder nur zu einer eingehenden Discutirung des Gegenstandes kommen wird, weshalb es angezeigter wäre, die Sache diesmal zu erledigen. Die Majorität beschliesst jedoch, jetzt in eine Discussion nicht einzugehen und mögen die Referenten im Vereine mit einigen Herren sich als Comité zusammensetzen und seiner Zeit concrete Vorschläge machen. Ref.

[1]) Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. Wien 1882.

[2]) Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Breslau 1888.

Digitized by Google

lippe herabsinken. Nie jedoch ist bei dem Ulcus septum nasi perforans das Einsinken der Nase so bedeutend und entstellend, wie bei den Zerstörungen, welche die Syphilis dort anzurichten vermag. Daher mag es auch kommen, dass man dieses Leiden am Lebenden doch nicht so häufig zu beobachten Gelegenheit hat, als es nach den Erfahrungen Zuckerkandl's an Leichen sich vorfindet; denn einmal macht das Ulcus septum nasi perforans an sich nicht sehr erhebliche Beschwerden, und dann gehen Patienten mit ihren verschiedenen „Schnupfen" eben nicht häufig zum Arzt. Ja, der Laie glaubt wohl noch an die den Körper von anderen Krankheitsstoffen reinigende Kraft der Schnupfen sowie der Blutungen aus der Nase, wie dies ja sogar von Aerzten der alten Schule geglaubt wurde. Selbstverständlich haben indessen diese Blutungen keine „kritische" Bedeutung, sondern sind stets pathologischer Natur.

Ueber die Aetiologie des Ulcus septum nasi perforans ist bis jetzt sehr wenig Sicheres veröffentlicht worden. Ausser Zuckerkandl und Voltolini, welcher zu der Ansicht neigt, dass es ein hämorrhagisches Geschwür sei, erwähnen dieses Leiden nur noch Rossbach[3]) und Jessop[4]), wie ich aus einem Aufsatze von Rothholz[5]) über habituelle Epistaxis ersehe. Während alle älteren Autoren das Ulcus septum nasi perforans zusammenwerfen mit allen möglichen catarrhalischen, scrophulösen, selbst tuberculösen, besonders aber syphilitischen Affectionen, ja, selbst in neuester Zeit noch Schech in seinem Lehrbuche[6]) das Ulcus septi nur syphilitischen Ursprungs sein lässt, gebührt Voltolini das Verdienst, dieses Leiden als eine Krankheit sui generis zuerst ausführlich beschrieben und es mit dem Namen Ulcus septum (oder septi?) nasi perforans bezeichnet zu haben.

Nach den Ausführungen Voltolini's in seinem bereits erwähnten Werke hat es indessen fast den Anschein, als ob er das Vorkommen einer syphilitischen Perforation des Septum cartilagineum allein in Abrede stellen wollte, da er nirgend eine solche erwähnt, sondern vorzugsweise von einer syphilitischen Affection des knöchernen Septums und anderer Nasenknochen spricht. Dass aber die Syphilis sehr wohl und nicht gar so selten zur Perforation des Septum cartilagineum führt und sich letztere auch lediglich auf den knorpeligen Theil beschränkt, ohne auf den knöchernen überzugreifen, steht doch nach einer Anzahl guter Beobachtungen fest. Auch ich bin in der Lage, durch zwei Krankengeschichten aus dem verflossenen Jahre den Beweis dafür zu erbringen, will jedoch der Kürze halber nur die eine mittheilen, welche, wie ich glaube, besonders hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen syphilitischer und genuiner Perforation des Septum cartilagineum von Interesse sein wird.

Frau B., Beamtenwittwe, den besseren Gesellschaftskreisen angehörig, consultirte mich im Sommer 1889 wegen eines Nasenleidens, an welchem sie schon vorher ärztlich, aber ohne besonderen Erfolg behandelt worden

---

[3]) Allgem. med. Central-Ztg. 1889, No. 24.
[4]) Lancet, 28. April 1888.
[5]) Deutsche med. Wochenschrift 1889, No. 40.
[6]) Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Leipzig und Wien 1888.

Digitized by Google

war. Dieselbe gab an, 44 Jahre alt zu sein und seit mehreren Jahren an „Schnupfen“ gelitten zu haben. In letzter Zeit seien auch Blutungen geringen Grades wiederholt aufgetreten. Bei der rhinoscopischen Untersuchung entdeckte ich eine rundliche Perforation des Septum cartilagineum im vorderen Abschnitte desselben von der Grösse eines Fünfpfennigstückes. Die Ränder waren etwas ausgezackt, missfarbig, zum Theil mit kleinen, schmutzigbräunlichen Borken bedeckt und bluteten bei der Berührung mit der Sonde ein Geringes. Im Uebrigen bot die Schleimhaut der Nase das Bild eines sehr mässigen chronischen Catarrhs; es bestand keine Spur von üblem Geruch, auch war das Geruchsvermögen der Dame nicht vermindert. Auf meine Frage, ob der früher die Behandlung leitende Arzt ihr von dem Loch in der Nasenscheidewand gesprochen hätte, stellte sie letzteres bestimmt in Abrede mit dem Bemerken, dass Spiegeluntersuchungen zwar vorgenommen, von einer Perforation des Knorpels jedoch nie die Rede gewesen sei. Da ich einerseits im Anfange Scheu hatte, bei der Dame mein Krankenexamen auf Syphilis zu richten, andererseits nach den Ausführungen Voltolini's es mir schien, als habe ich es lediglich mit einem genuinen Ulcus septi nasi perforans zu thun, bei dem „an Syphilis nicht zu denken“ sei, so richtete ich meine Therapie danach ein, indem ich nach dem Vorschlage desselben Autors den Rand der Perforation ringsum wiederholt mit dem Galvanocauter betupfte. Der Erfolg dieser Behandlung war jedoch ein völlig negativer. Bei jeder erneuten Untersuchung zeigte sich nach Abstossung des Brandschorfes keine Spur von Vernarbung, wohl aber sah ich ein wenn auch sehr langsames und unregelmässiges, so doch stetiges Wachsen des Loches im Septum. Schon fing der Nasenrücken abwärts von den Nasenbeinen an, ein Wenig einzusinken und — meine Verlegenheit zu steigen. Da endlich forschte ich nach etwaiger Syphilis. Zwar konnte (oder wollte?) die Dame weder von sich, noch von ihrem verstorbenen Manne irgend welche Angabe machen, welche den Verdacht auf Syphilis gestützt hätte; schliesslich jedoch erfuhr ich, dass sie kinderlos sei, weil sie 4 Mal abortirt hätte. Wenn dies auch nur ein verhältnissmässig schwacher Anhaltspunkt war, so entschloss ich mich doch zur Einleitung einer antisyphilitischen Behandlung. Der Erfolg derselben war nun ein sehr überraschender; nicht nur hörte sofort das Wachsthum der Perforation auf, sondern es trat auch sehr bald eine völlige Vernarbung der Ränder des Defectes ein und schliesslich verschwanden auch sämmtliche Zeichen des Catarrhs, nur blieb eine geringe Neigung zur Eintrocknung des Secrets zurück. Die Senkung des Nasenrückens blieb ebenfalls minimal.

Dass hier trotz des Mangels an deutlichen Symptomen Syphilis dennoch vorgelegen habe, glaube ich mit aller Bestimmtheit aus dem Erfolg der Therapie schliessen zu müssen.

Auch Voltolini ist geneigt, auf die Diagnose „ex juvantibus“ ein grosses Gewicht zu legen, wo es sich um die Entscheidung der Frage handelt, ob im concreten Falle Syphilis vorliege, oder nicht, wie aus einem Passus in seinem mehrfach erwähnten Werke[7]) hervorgeht. „Denn mit der Syphilis,“ sagt er, „hat es eine gar eigene Bewandniss, und man erlebt dabei Dinge, über die man, nach den Büchern zu urtheilen, nicht

[7]) L. c. Seite 215.

Digitized by Google

in's Klare käme. Schliesslich bleibt in zweifelhaften Fällen nichts Anderes übrig, als ex juvantibus und nocentibus die Diagnose zu sichern."

Man ist demnach nicht berechtigt, bei Beurtheilung von Perforationen, welche sich lediglich auf das Septum cartilagineum beschränken, ohne Weiteres den Gedanken an Syphilis von der Hand zu weisen, selbst wenn, wie im vorliegenden Falle, kein bestimmter Anhaltspunkt dafür gefunden werden kann.

Ausser der syphilitischen wären hier noch jene Perforationen zu erwähnen, welche in der Literatur als catarrhalische, scrophulöse, tuberculöse, typhöse u. s. w. bezeichnet werden; während jene, welche durch Traumen und acut entzündliche Processe entstanden aufgeführt werden, hier wohl übergangen werden können. Bei den ersteren sind meiner Meinung nach jene ätiologischen Momente nur als entferntere, gewissermaassen disponirende Ursachen anzusehen, während die eigentliche, directe Veranlassung zur Entwicklung des Ulcus wohl bei der grossen Mehrzahl derselben in demjenigen Momente zu suchen sein wird, welches ich im Folgenden abhandeln will.

Durch eine Reihe von sorgfältigen Beobachtungen ulceröser Processe in der Nase bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass die nächste Veranlassung zur Bildung des Ulcus septum nasi perforans in den anatomischen Verhältnissen des Septum cartilagineum, speciell in dem Blutgefässnetz desselben zu suchen ist. Das Septum cartilagineum erhält nämlich sein arterielles Blut durch Aeste von fünf kleinen Arterien. Es sind dies nach Hyrtl[8]) und Heitzmann[9]):

1) die Art. ethmoidalis anterior, welche durch das vorderste Loch der Siebbeinplatte, also von oben her in die Nasenhöhle dringt,

2) die Art. ethmoidalis posterior, welche durch das Foramen ethmoid. post., also von oben und hinten kommt,

3) die Art. spheno-palatina. Dieselbe kommt ebenfalls von oben, aber noch mehr von hinten durch das Foramen spheno-palatinum.

4) Ein Ast der Art. pterygo-palatina, welcher durch den Canalis incisivus von unten her in die Nasenhöhle gelangt, und endlich

5) die Art. septi nasi, ein Ast der Art. coronaria labii sup. dringt von unten und vorn in die Nasenhöhle.

Die Verästelungen dieser fünf Arterien gehen nun in der Nasenhöhle unzählige Anastomosen ein und haben sich als hauptsächlisten Tummelplatz derselben gerade das Septum cartilagineum auserwählt, während das Septum osseum fast nur allein von Zweigen der Art. spheno-palatina versorgt wird. Da nun der arterielle Blutstrom von fünf einander entgegengesetzten Richtungen, nämlich von oben, oben hinten, hinten, unten, unten vorn in das Anastomosennetz auf dem Septum cartilagineum einbricht, so ist erklärlicher Weise schon die arterielle Stromgeschwindigkeit in demselben eine äusserst geringe. Was weiter die Venen des Septum cartilagineum betrifft, so ist ihre anatomische Anordnung ganz dieselbe, nur sind die letzteren noch viel zahlreicher, als die ersteren, und war die arterielle Strömung schon eine schwache, so ist es die venöse erst

[8]) Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Wien 1875.

[9]) Die descriptive und topographische Anatomie des Menschen in 600 Abbildungen. Wien 1875.

Digitized by Google

recht. Aus diesen anatomischen Gefässverhältnissen geht nun hervor, dass hier die Bedingungen für varicöse Gefässerweiterungen äusserst günstig sein müssen, und thatsächlich kommen solche auch gerade auf dem Septum cartilagineum häufig vor, was zahlreiche Beobachtungen Voltolini's und Anderer beweisen. Eine der gewöhnlichsten und häufigsten Folgen dieser Varicositäten ist z. B. das habituelle Nasenbluten, ein Leiden, welches nach allen neueren Beobachtern am leichtesten und dauernd durch galvanocaustische oder chemische Zerstörung der Stelle, wo die Varicosität ihren Sitz hat, geheilt werden kann und wird. Als Ursachen dieser häufigen krankhaften Gefässerweiterungen sind nun bei überhaupt dazu disponirten Leuten wieder alle jene Umstände anzusehen, welche einen häufig wiederholten oder dauernden, übermässigen Blutzufluss zum Kopfe und speciell zu dem oben beschriebenen Gefässnetz auf dem Septum cartilagineum verursachen. Also Herzfehler, Alcoholmissbrauch, schwere körperliche Anstrengungen; ganz besonders aber das gewohnheitsmässige, häufige Schnäuzen bei Catarrhen der Nase und dergl. mehr. In solchen Varicositäten spielt sich nun aber ein sehr bekannter Vorgang gern ab, nämlich die Entwickelung von Thromben. Die Thrombose ist es auch unzweifelhaft, welche das nächste ätiologische Moment zur Entwickelung des Ulcus septum nasi perforans abgiebt. Die Art und Weise, wie diese Thromben zu Stande kommen können, ist leicht erklärlich und ich kann hierbei wohl im Allgemeinen auf die bekannten Vorgänge und Bedingungen hinweisen, wie sie die allgemeine Pathologie lehrt. Hervorheben möchte ich nur noch speciell für das Septum cartilagineum einmal, dass die Venen hier vielerlei Schädlichkeiten von aussen durch die Athemluft mit ihren Temperaturschwankungen und fremden Beimischungen staub- und gasförmiger Art ausgesetzt sind; zweitens die grosse Häufigkeit der mehr oder minder intensiven Schleimhautentzündungen bei acuten wie chronischen Catarrhen, welche sehr leicht zu krankhaften Veränderungen in der Venenwand führen können. Dass aber ein Catarrh in einer Nasenhöhle, deren Septum cartilagineum eine Perforation aufweist, in wechselnder Intensität vorhanden ist, habe ich durch eigene Beobachtungen des Oefteren mich überzeugen können, und ich glaube daher auch, dass er in allen Fällen vorhanden sein wird. Auch mechanische Insulte des Septum mit gleichzeitiger Einführung von Entzündungserregern, also Bohren mit den Fingern in der Nase, um angetrocknetes Secret zu entfernen, der Gebrauch des Schnupftabaks u. A. m. dürften hierbei zuweilen eine Rolle spielen. Ist nun einmal an einer Stelle in dem dichtmaschigen Venennetz ein kleiner Thrombus entstanden, so wird die natürliche Folge ein Hineinwachsen desselben in die zunächst gelegenen Verzweigungen des Netzes sein, und zwar bei der Langsamkeit des Blutstromes nach allen Richtungen, soweit eben die Bedingungen zur Thrombose reichen. Rückwärts gedacht, wird durch diese Circulationsstörung eine Verödung der sowohl die Schleimhaut, als auch den Knorpel ernährenden Capillaren hervorgehen und die Folge ist ein circumscripter, necrotischer Zerfall der betroffenen Partie. Damit wäre auch jenes von Voltolini vermisste Analogon zu dem Ulcus septum nasi perforans gefunden; nämlich in dem Ulcus rotundum perforans ventriculi, welches ja bekanntlich nach Virchow aus ganz ähnlichen Ursachen entsteht.

Digitized by Google

Zum Schluss will ich noch auf eine Aehnlichkeit im Aussehen des Ulcus septi mit dem Ulcus ventriculi aufmerksam machen, nämlich auf die Terrassenbildung. Freilich ist diese nicht immer und überall so deutlich ausgesprochen, wie es beim Ulcus ventriculi der Fall zu sein pflegt. Bei aufmerksamer Betrachtung jedoch wird man oft an den Rändern der Perforation eine deutliche Stufenbildung, wenigstens stellenweise, finden. In diesem Sinne glaube ich auch Zuckerkandl verstehen zu müssen, welcher (l. c.) das Aussehen der Perforation mit folgenden Worten beschreibt: „Es zeigt nämlich die Schleimhautbedeckung der knorpeligen Nasenscheidewand auf einer Seite einen rundlichen Substanzverlust und in der Umgebung des Defectes lässt sich die verdünnte Schleimhaut leicht vom Knorpel abheben; hierauf folgt ein zweiter, gegen den Rand verdünnter und scharfkantig auslaufender Substanzverlust im knorpeligen Septum, der sich zu dem ersteren ähnlich wie die Lücke eines Diaphragma zum Rahmen desselben verhält.“ Hierdurch ist wohl die Terrassenähnlichkeit deutlich genug, wenn auch durch ein anderes Bild, ausgesprochen.

* * *

Nachtrag.

Der Abdruck des vorstehenden Aufsatzes verzögerte sich wegen grosser Fülle vorher eingesandten Materials bedeutend. Mittlerweile erschien eine sehr sorgfältige und interessante Arbeit über denselben Gegenstand von Dr. M. Hajek in Virchow's Archiv, Bd. 120, Heft III.

H. hat sehr eingehende microscopische Untersuchungen der verschiedenen Stadien des necrotischen Zerfalles der Nasenscheidewand an Leichenpräparaten angestellt und ist geneigt, als ätiologisches Moment des Ulcus septum nasi perforans die Einwanderung gewisser Microorganismen, speciell des Staphyl. pyog. aureus und des Streptococcus pyogenes, in die Nasenschleimhaut anzusehen, weil denselben die Fähigkeit zukomme, Pseudomembranen zu bilden. Ich kann mich dieser Ansicht jedoch nicht anschliessen, sondern halte das Vorkommen der genannten Microorganismen in dem necrotisch zerfallenen Gewebe für eine selbstverständliche Sache, da sie in der Athemluft enthalten gewesen und zufällig an der kranken Stelle haften geblieben sein können.

Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle.

Von

Dr. **G. Schütz** in Mannheim.

Nachtrag*).

Während der Drucklegung meines in dieser Monatsschrift No. 7 u. ff. veröffentlichten Aufsatzes hatte ich Gelegenheit, einen weiteren Fall von Empyem der Highmorshöhle im Anschluss an eine Zahnextraction zu

*) Als Manuscript bereits im Monat October l. J. bei der Redaction eingelangt.

Digitized by Google

beobachten. Seine nachträgliche Veröffentlichung möchte deshalb gerechtfertigt erscheinen, weil die näheren Umstände, welche die Entstehung der Kieferhöhleneiterung begleiteten, es in hohem Grade wahrscheinlich machen, dass Empyeme, die nach der Extraction eines cariösen Backenzahnes beobachtet werden, in einzelnen Fällen auch auf eine andere Weise, als die von mir oben angegebene — Infection des Defectes der Kieferhöhlenschleimhaut — zu Stande kommen.

Es handelte sich um einen sonst gesunden, 34 Jahre alten Mann, der sich 5 Tage vorher, ehe er mich aufsuchte, den 1. Molar des rechten Oberkiefers hatte ausziehen lassen, weil ihm derselbe seit einigen Tagen Schmerzen mit leichter Anschwellung der Wange verursacht hatte. Irgend welche Beschwerden von Seiten der Nase hatte Patient früher niemals gehabt. Derselbe machte mir, ohne von mir im Geringsten daraufhin ausgefragt zu sein, mit aller Bestimmtheit die weitere Angabe, dass er von der zweiten bis dritten Stunde nach der Zahnextraction, die um 2 Uhr Nachmittags vorgenommen wurde, einen geradezu unerträglichen, fauligen Gestank in seiner rechten Nasenhöhle wahrgenommen habe, und dass schon am andern Morgen aus seinem rechten Nasenloch Eiter mit dem gleichen Fötor in reichlicher Menge zum Vorschein gekommen sei.

An der Nasenschleimhaut zeigte sich ausser einer mässigen Schwellung der rechten mittleren Muschel keine Veränderung. Im mittleren Nasengang flüssiger Eiter, der beim Vornüberbeugen des Kopfes abträufelte.

Es gelang mir, ein Spülröhrchen von 1½ Mm. Dicke durch einen verhältnissmässig langen Fistelgang von der Alveole des extrahirten Zahnes aus in die Highmorshöhle einzuführen; die alsbald vorgenommene Durchspülung war mit dem Abgang von mehreren Kaffeelöffel stinkenden Eiters aus dem rechten Nasenloch verbunden. Die Heilung erfolgte bei täglichen Ausspülungen innerhalb 14 Tagen*).

Wie bekannt, ist es keine Seltenheit bei Kieferhöhlenempyem, welches in Folge von Zahncaries entstanden, dass nach Extraction des betreffenden kranken Zahnes eine Communication zwischen Highmorshöhle

*) Ich hatte in 2 anderen Fällen von Kieferhöhlenempyem Gelegenheit, mich von der vortrefflichen Wirkung der von Krause empfohlenen Jodoformeinblasungen zu überzeugen. Den von demselben dabei angewandten Pulverbläser von Kabierske konnte ich aber nicht gebrauchen, da man mittelst desselben wohl durch die Hülse eines grosskalibrigen Troicarts, wie ihn Krause benutzt, der das Antrum von der Nase aus eröffnet, das Pulver recht gut einblasen kann, nicht aber durch ein nur 1½—2 Mm. dickes Spülröhrchen, das von der Alveole aus eingeführt wird.

Ich verband deshalb mein Spülröhrchen mit einem grossen Ballongebläse, nachdem ich zwischen beide als Reservoir für das Jodoform eine Pipette von 5 Ccm. Inhalt eingefügt hatte, an deren Mittelstück eine durch einen Gummidrain verschliessbare Oeffnung zum Einfüllen des Pulvers angebracht war. Ich füllte dieselbe etwa bis zu ihrem dritten Theil mit dem Pulver an, und war nun im Stande, letzteres unter leichtem Schütteln, Heben und Senken der Pipette in ununterbrochenem Strom in das Antrum einzublasen. Dabei fand ich es zweckmässig, nur vor der ersten Einblasung eine Durchspülung der Höhle mit Borwasser vorzunehmen, vor den späteren aber den allenfalls im Antrum von Neuem secernirten Eiter mittelst einer kräftigen Durchblasung mit Hilfe meines Ballongebläses heraus zu befördern.

Digitized by Google

und Alveole sich findet. Jedes Mal in einem solchen Fall einen angeborenen Defect der Alveolarbucht des Antrum anzunehmen, ist schon deshalb nicht angänglich, weil dieses Vorkommniss erfahrungsgemäss doch nur ausnahmsweise statt hat. Finden wir vollends einen engen und langen Gang von der Alveole zum Antrum führend, so dürfen wir wohl mit Bestimmtheit voraussetzen, dass derselbe entstanden ist durch Uebergreifen des cariösen Processes von der Zahnwurzel auf die trennende Knochenschichte; denn bei einem angeborenen Mangel der Kuppe des Alveolus mit Hineinragen der Zahnwurzel in die Highmorshöhle ist der nach der Extraction entstandene Verbindungsgang zwischen dem Alveolus und der Kieferhöhle in Folge der in einem solchen Fall aussergewöhnlichen Entwickelung ihrer Alveolarbucht und entsprechend der Dicke der Zahnwurzel kurz und von erheblichem Durchmesser.

Wenn ich demgemäss bei dem von mir im Eingang dieser Arbeit mitgetheilten Fall zur Annahme eines derartigen angeborenen Defectes berechtigt war, so werden wir andererseits bei dem vorliegenden nur an eine auf Caries beruhende Fistelbildung denken können.

Selbstverständlich setzt dies dann ferner auch eine andere Entstehungsweise dieses letzteren Empyemfalles voraus.

Mancherlei Gründe scheinen mir dafür zu sprechen, demselben habe die gleiche Erkrankung der Auskleidungsmembran der Kieferhöhle zu Grunde gelegen, wie ich sie oben für die als Folge von Zahncaries entstandenen Empyeme supponirt habe, nämlich ein subperiostaler Abscess.

Wenige Stunden nach der Zahnextraction hatte der Patient den gleichen characteristischen Fötor in der rechten Nasenhöhle, wie am folgenden Tag, als der Eiterabfluss begann. Wenn daraus unzweifelhaft hervorgeht, dass als Ursache des üblen Geruchs schon zu jener Zeit foetider Eiter im freien Raum der Highmorshöhle vorhanden war, so ist es andererseits als ebenso sicher anzunehmen, dass derselbe, da sich erfahrungsgemäss in wenigen Stunden keine Eiterung entwickelt, schon vor der Zahnextraction im Antrum anwesend gewesen sein muss. Da dieser Eiter aber sich vor der Extraction weder durch Fötor, noch durch Abfluss aus der Nase manifestirte, ein Verschluss des Ostium max. ferner, wie aus dem nachherigen ungehinderten und massenhaften Uebertritt von Gasen und Eiter aus dem Antrum in die Nasenhöhle hervorgeht, nicht vorhanden war, so möchte daraus mit grösster Wahrscheinlichkeit zu schliessen sein, dass Eiter sich allerdings vor der Extraction innerhalb der Kieferhöhle befand, von deren freiem Raum aber abgeschlossen war. In welcher Weise nun dieser Abschluss zu Stande gekommen, darüber lässt sich (schon mit Rücksicht auf unsere mangelhaften Kenntnisse der pathologischen Anatomie der Highmorshöhle) ein ganz bestimmter Ausspruch nicht thun, doch sind wir, wenn wir dabei an einen subperiostalen Abscess der Kieferhöhle denken, dessen Entwicklung in die letzten Wochen vor der Zahnextraction fällt, im Stande, den ganzen Hergang in ungezwungener Weise zu erklären. Wir hätten uns dann vorzustellen, dass eine Zerreissung der den Abscesseiter abschliessenden dünnen Kieferhöhlenmucosa durch den Akt der Zahnextraction selbst, der ja immer mit einer mehr weniger heftigen Erschütterung des ganzen Kiefers verbunden ist, zu Stande kam. Aus der Anfangs kleinen Einrissstelle floss zunächst nur wenig foetider Eiter in den freien Raum des

Digitized by Google

Antrum; von ihm entwickelten sich die übelriechenden Gase, welche der Patient einige Stunden nach der Extraction wahrnahm. Als dann im weiteren Verlauf die Oeffnung in der Kieferhöhlenmucosa sich erweiterte, konnte der Eiter ungehindert in das Antrum und von dort, nachdem er sich in grösserer Menge angesammelt, am folgenden Tag durch das Ostium max. in die rechte Nasenhöhle sich ergiessen.

Es würde sich nun fragen, ob ein derartiger Hergang als ein häufigeres Vorkommniss anzusehen ist. Mir erscheint dies nicht unwahrscheinlich, da wir wohl auch jene Fälle, wo der Eiterabgang erst einige — zwei bis drei — Tage nach der Extraction erfolgt, hierher rechnen dürfen; denn die supponirte Einrissstelle der Kieferhöhlenmucosa kann ja im einzelnen Fall sehr klein sein und ihre Vergrösserung möglicher Weise nur langsam von Statten gehen.

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen.*)

Von

Dr. **A. Onodi**, Docent in Budapest.

II.

Es ist mir gelungen, die Verbindung zwischen Kehlkopf und Rückenmark experimentell nachzuweisen. Vor einigen Jahren habe ich die Thatsache erkannt, dass die aus den Wurzeln in den sympathischen Grenzstrang eintretenden cerebrospinalen Faserbündel in demselben nach einem bestimmten System verlaufen, um als peripherische Zweige zu den einzelnen Organen zu gelangen. Dieses System besteht darin, dass am obersten Theil der Brusthöhle und am Halse der grösste Theil der spinalen Bündel im sympathischen Grenzstrange nach aufwärts verläuft, und nur ein kleiner Theil nach unten; während am übrigen Theile der Brusthöhle und in der Bauchhöhle das bezeichnete Verhältniss gerade umgekehrt sich verhält. Die Faserbündel gehen vom sympathischen Grenzstrange als peripherische Zweige zu ihrem Innervirungsgebiet, zu den entfernter gelegenen Organen.

Aus diesem erkannten System habe ich die Deduction gemacht, dass jene am obersten Theile der Brusthöhle und am Halse im sympathischen Grenzstrange eintretenden und in demselben nach aufwärts verlaufenden Faserbündel auch an der Innervation des Kehlkopfes Theil nehmen. Ausserdem habe ich vor Augen gehalten die Thatsache, dass bei spinalen Erkrankungen auch der Kehlkopf Veränderungen, u. A. Paralysen zeigt, wo die Autopsie im Gehirn keine Veränderungen nachweisen kann; fernerhin das Wurzelgebiet des Accessorius spinalis und endlich jene Verbindungen, welche der Recurrens mit dem Sympathicus eingeht, und besonders eine Anomalie, wo den Recurrens grösstentheils die sympathischen Verbindungen und nur ein auffallend kleines Bündel (der normale Recurrens) des Vagus bildeten.

---

*) Siehe diese Monatsschrift 1890, October-Nummer.

Digitized by Google

Die ausgeführten Experimente haben die bezeichnete Annahme vollständig gerechtfertigt.

Ich habe an Hunden knapp nach dem Tode den doppelten Grenzstrang zwischen den unteren sympathischen Halsganglien und dem ersten Brustganglion, ferner die Communicanten zwischen dem Grenzstrang und dem Plexus brachialis freigelegt.

Unter dem Kehlkopf habe die Luftröhre breit geöffnet, um die Bewegungen der Stimmbänder controliren zu können. Die electrische Reizung der bezeichneten Nerven mit inducirtem Strome resultirte die starke Contraction der entsprechenden Stimmbandmusculatur und die rasche Bewegung zur Mittellinie des Stimmbandes; geradezu dasselbe Resultat ergab die Reizung des entsprechenden unteren Kehlkopfnerven. Bei 4 Hunden wurde nach dem eingetretenen Tode das Experiment ausgeführt, 3 Mal auf der rechten, ein Mal auf der linken Seite; dieselben anatomischen Verbindungen und das experimentelle Resultat haben ausser Zweifel gestellt die Existenz solcher Faserbündel, welche, in den Bahnen der bezeichneten Nerven enthalten, zur Kehlkopfmusculatur ziehen. Das fünfte Experiment ist im lebendigen Zustande ausgeführt worden: an der auf der rechten Seite hinter den grossen Gefässen liegenden Verbindung zwischen den bezeichneten sympathischen Ganglien ist mit verschieden starken Strömen gereizt worden, was bei durchschnittenem Vagus auf's Eclatanteste immer die starke Contraction der entsprechenden Stimmbandmusculatur resultirte. In einem Falle resultirte die Reizung des einen Grenzstrangtheiles ausschliesslich nur Abduction des entsprechenden Stimmbandes.

Während der Experimente wurden die benachbarten Zweige des Sympathicus und Vagus gereizt, immer erfolglos; ebenso der Halssympathicus oberhalb der Verbindung. Beim Kaninchen habe ich ebenfalls umsonst den centralen und peripherischen Stumpf des Halssympathicus gereizt.

Aus diesen Experimenten ist es klar geworden, dass in den Bahnen der Communicanten zwischen Plexus brachialis und Sympathicus, ferner in dem doppelten Grenzstrang zwischen unterem sympathischen Halsganglion und erstem Brustganglion vom Rückenmark kommende Fasern enthalten sind, welche an der Innervirung der Kehlkopfmusculatur entschieden Theil nehmen.

Die bisherigen Untersuchungen haben noch interessante Befunde resultirt, dieselben will ich nach der Beendigung dieser Experimente mit den noch aufzuklärenden Fragen behandeln; jetzt begnüge ich mich mit der Veröffentlichung der erkannten wichtigen Thatsache.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. Von Dr. Wilhelm Kirchner, Professor der Ohrenheilkunde und Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg. Dritte Auflage mit 41 Abbildungen in Holzschnitt. Wreden, Berlin 1890. 226 Seiten. Besprochen von Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

Schon der Umstand, dass Kirchner's Handbuch in einem Zeitraume von kaum 5 Jahren in dritter Auflage erschien, beweist, welchen Platz es in der Literatur ausfüllt. Es soll ein Wegweiser für den practischen Arzt sein und enthält somit, ohne eingehende Erörterungen, nur in gedrängter Kürze das, was wir in den classischen Werken von Gruber, Politzer, v. Tröltsch, Schwartze antreffen. Die neueren Errungenschaften unserer Disciplin sind vom Verf. entsprechend gewürdigt. Wir finden beim Furunkel Verf.'s und Löwenberg's Entdeckungen erwähnt. Die bacteriologischen Studien von Zaufal, Netter, Moos und Rohrer (bei den Mittelohrentzündungen) und die Moos' betreffend die Labyrinthentzündung. Beim Catheterismus wird zum Anaesthesiren der schmerzhaften Stellen der Laker'sche Arzneimittelträger empfohlen. Die Krankheiten des äusseren Gehörganges sind mit der von Hessler und Blau beschriebenen Otitis externa ex infectione erweitert; bei der medicamentösen Behandlung des Furunkels sind die essigsaure Thonerde (Grosch), die Burow'sche Lösung (Zaufal) und das Menthol (Cholewa, Anton und Szenes) als neue Mittel angeführt. Es wird auf die häufigere Erkrankung der Eustach'schen Röhre aufmerksam gemacht (Weil, Bezold), ferner die Trautmann'schen Scarificationen am Ostium pharyngeum der Tube bei hartnäckigem Tubencatarrh hervorgehoben. Bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes wird der Verdickung der unteren Muschel in der Nasenhöhle, ferner der hierdurch entstandenen Reflexneurosen und der Aprosexia (Guye) gedacht. Zur Behandlung der Otitis media catarrhalis acuta empfiehlt Verfasser Cocain, die 2procentige Alumina acetica, die Burow'sche Lösung, oder das 10—20procentige Carbolglycerin (Bendelack-Hewetson) zu Einträufelungen, er nimmt Stellung gegen die Luftdouche bei starker Entzündung des Trommelfells, ermahnt aber, um so mehr Augenmerk dem Nasenrachenraum zu schenken. Bei Soor des Mittelohres sind die von Valentin erwähnten Ausspritzungen mit chlorsaurer Kalilösung und die Instillationen mit Kupfervitriollösung empfohlen. In Fällen von Eiterretention in der Paukenhöhle wird auf die ophthalmoscopische Untersuchung aufmerksam gemacht, welche die Beziehung zwischen Mittelohr und Schädelinnern aufklären soll. Unter den Ursachen der Otitis media suppur. chron. ist die Tuberculose, nach den Untersuchungen von Habermann, erwähnt. Bei der Behandlung von polypösen Wucherungen der Trommelhöhle ist das Sabinapulver mit Alaun (Rohrer) angeführt; bei Eiterungsprocessen mit Perforation der Shrapnell'schen Membran wird an die Caries der Gehörknöchelchen, des inneren Randes des knöchernen Gehörganges und der Paukenhöhlenwand erinnert, welche die Extraction des Hammers und die chirurgischen Eingriffe überhaupt nothwendig machen. Auch die

Digitized by Google

Entstehung des Cholesteatoms wird durch die neueren Beiträge von Habermann und Bezold erläutert und bezüglich der Behandlung desselben auf die verursachenden Störungen ermahnt, die ein sofortiges Eröffnen des Warzenfortsatzes erheischen können.

Diese Erweiterungen abgerechnet, finden wir in der neuen Auflage stellenweise eine getreue Wiedergabe des Inhaltes der früheren, doch schmälert dies nicht Verfassers Verdienst, denn das Gute veraltet nicht so rasch.

Druck und Ausstattung des Buches sind dem Werke angemessen.

Ein Beitrag zur Kopfknochenleitung. Von Dr. Stanislaus v. Stein. (Archiv für Ohrenheilkunde, 28. Band, Heft 3.)

Bei einer hysterischen Person trat nach einer Erkältung Schlechterhören links bei normalem Schallleitungsapparat und locale Anästhesie der Haut und Schleimhäute am Kopfe ein; nur am Scheitel, an der Nasenwurzel und vor dem Tragus blieben kleine Zonen empfindlich. Wo immer an den anästhetischen Stellen die Stimmgabel bei geschlossenen Augen aufgesetzt wurde, wurde der Ton nicht percipirt, wohl aber von den empfindlichen Stellen aus. Als Besserung eintrat und sich in einzelnen Hautparthien der Tastsinn wieder einstellte, wurde der Ton der hier aufgesetzten Stimmgabel wieder percipirt und zwar nach rechts hinüber. Als der Zustand soweit fortgeschritten war, dass nurmehr Anästhesie des Gehörganges und Trommelfelles links zurückblieb, wurde der Stimmgabelton vom grössten Theile des Kopfes aus nach rechts hinüber gehört. Dieses Phänomen konnte auch noch beobachtet werden, als, 6 Wochen nach Beginn der Erkrankung, Heilung bis auf Herabsetzung der Empfindlichkeit des linken Trommelfelles erzielt worden war.

In einem zweiten Falle beobachtete v Stein ein 14jähr. Mädchen, dem ein nekrotischer Knochen in der Gegend der Nasenwurzel und rechten Orbita entfernt wurde, wonach Anästhesie im Bereiche der von den Nn. supratrochlearis und supraorbitalis versorgten Hautparthien zurückblieb. Der Ton der auf diese Stellen aufgesetzten Stimmgabel wurde sehr dumpf und klanglos percipirt. Im Hinblick auf diese zwei Beobachtungen ist v. Stein geneigt, die Ansicht Joh. Müller's zu theilen*), „es sei wahrscheinlich, dass eine Gefühlsempfindung durch Reflexion auf den Gehörnerven wirke, da ähnliche Wechselwirkungen zwischen den anderen Sinnen vorkommen und das Gehör auch Gefühlsempfindungen hervorruft".

Gomperz.

Das Ohr des Verbrechers. Von Dr. Giuseppe Gradenigo. (Archiv für Ohrenheilkunde, 28. Band, Heft 3.)

G. unterzog sich der mühevollen Arbeit, die Untersuchung von 110 Häftlingen, 82 Männern und 28 Weibern, bezüglich des Zustandes des Gehörorganes vorzunehmen, wobei er fand, dass sich bei Verbrechern im Allgemeinen ein abnorm häufiges Vorkommen von Ohrerkrankungen constatiren lässt.

Es war, besonders bei den männlichen Verbrechern, die Hörschärfe in einem grösseren Procentsatz (60—70) unter das normale Mittel ge-

*) Handbuch d. Physiologie d. Menschen, Bd. II, S. 483, 1840.

Digitized by Google

sunken, als bei normalen Menschen (wo andere Statistiken 35—45 pCt. der Fälle ergeben hatten). Diese Verminderung der Hörschärfe war bei der grösseren Anzahl der Fälle durch entzündliche Affectionen des mittleren und inneren Ohres hervorgerufen, nur in einigen Fällen (10 pCt. der Untersuchten, 18 pCt. der Kranken) konnte G. eine Form von Dysacusis constatiren, welche eher degenerativen, als entzündlichen Vorgängen zugeschrieben werden musste. Die Verminderung der Hörschärfe stand in keinem constanten Verhältnisse zu der Verminderung des Tastsinnes, des Geschmackes und Geruches, welch' letztere Zustände man bei den Verbrechern häufig antrifft. Gomperz.

Ein Tubar-Arzneimittelträger und seine Verwendbarkeit bei Mittelohrerkrankungen. Von Dr. Carl Laker. (Archiv für Ohrenheilkunde, 28. Band, Heft 3.)

Zur Cocainisirung vor dem Catheterismus construirte L. nach dem Principe der Türk'schen Kehlkopfspritze eine Pravaz'sche Spritze, an welche eine silberne dicke Canüle Charrière No. 6 aufgeschraubt werden kann, die mit knopfförmiger Anschwellung endet, um daran ein Wattebäuschchen zu befestigen. Vor dem Catheterismus wird die catheterartig zugebogene Canüle durch die Nase allmählig zur Tuba vorgeführt, und dabei continuirlich Cocainlösung aus der Spritze durch die Canüle in's Wattebäuschchen gepresst. Desselben Instrumentes bedient sich L. zur Aetzung am Ostium pharyngeum tubae mit Adstringentien.

Zur Pathogenese der eitrigen Mittelohrentzündung. Von F. J. Habermann. (Archiv f. Ohrenheilkunde, 28. Band, Heft 3.)

Der Autor hatte Gelegenheit, die histologische Untersuchung der Gehörorgane eines 10 Tage alten Kindes vorzunehmen, das an Bronchitis catarrhalis und Pneumonia lobularis erkrankt war, einen Tag ante mortem serösen Ausfluss aus dem r. Ohre gezeigt hatte und bei dem beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung gefunden wurde, die, wie die bacteriologische Untersuchung zeigte, durch den Staphylococcus pyogenes aureus verursacht war.

Die Veränderungen, die in beiden Gehörorganen in gleicher Weise gesetzt waren, bestanden in eitriger, hämorrhagischer Entzündung der Schleimhaut mit von der Oberfläche her fortschreitender Necrose derselben; neben den von Coccen ganz durchsetzten necrotischen Stellen der Schleimhaut fanden sich an Coccen ärmere, an Leukocyten reichere Zonen, an die sich wieder Hämorrhagien in der Schleimhaut anschlossen, die von Coccen frei waren — ein ganz ähnlicher Befund, wie ihn z. B. Benome*) durch Injection von Staphylococcen in's Lungengewebe künstlich hervorrufen konnte. Bei der Ausbreitung des Prozesses und den hochgradigen Zerstörungen in der Schleimhaut des Mittelohres in seinen Fällen kommt H. zum Schlusse, dass es sich hier um schwere Erkrankungen handelte, die, falls es auch zu einer Begrenzung derselben gekommen wäre, doch nur erst nach Abstossung der necrotischen Schleimhautparthien und nach Ueberheilung dieser Stellen durch Granulationsbildung zur Heilung gekommen wären. Nachdem die Schleimhaut des

*) Baumgarten's Jahresbericht 1886, S. 16.

Digitized by Google

Nasenrachenraumes und der Tuba die gleichen Gewebsveränderungen zeigten, kann kein Zweifel darüber bestehen, dass der Process per tubam gegen die Ohren vorgeschritten war. Gomperz.

b) Pharyngo-laryngologische:

Adenoide Geschwulst, aus dem Boden des Sinus pyriformis entspringend. (Tumeur lymphoide issue du plancher du sinus pyriforme.) Von Dr. John Makenzie. (Association des médecins d'Amérique und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21.)

Grosser Tumor, der bei horizontaler Körperlage Erstickungs-Erscheinungen hervorrief; der 42jährige Patient war nie krank gewesen; das Microscop ergab lymphoides Gewebe, wie Waldeyer und seine Schüler selbes beschrieben haben. Zur Operation wurden Würgbewegungen hervorgerufen, während einer solchen wurde der Tumor mittelst Larynxzange gefasst, ein Ecraseur umgelegt und so die Operation vollendet. Tumoren mit solchem Sitz und solchem microscopischen Bau sind ungemein selten. Dr. P. K.

Drüsenhypertrophie der Zungenbasis. (Hypertrophie glandulaire de la base de la langue.) Von Dr. John O. Roë. (Association des médecins d'Amérique und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21.)

Alle Conglomerate von Drüsen mit adenoider Structur werden Mandeln genannt; die der Zungenbasis mit ihren Symptomen sind bis jetzt vernachlässigt worden; sie sind allen möglichen Reizen ausgesetzt; die sie ernährenden und umgebenden Blutgefässe werden mitgereizt; man sieht oft Varices in dieser Gegend; diese Varices kommen übrigens auch bei allgemeiner Plethora, bei Gehirntumoren, bei Herzfehlern vor; die Diagnose kann ohne Laryngoscop gestellt werden. Die Behandlung besteht in Zerstörung der Tumoren und der Varices. Verf. giebt die bekannten Behandlungsmethoden an. Dr. P. K.

Die dritte Mandel. (La troisième amygdale.) Von Dr. Joseph A. White. (Association des médecins d'Amérique und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21.)

Hypertrophie der dritten Mandel bringt Störungen in der Umgebung, namentlich in den Ohren; Zerstören dieser hypertrophischen Mandel heilt die secundären Störungen. Sicher ist, dass Hypertrophie der dritten Mandel mehr Störungen verursacht, als die gewöhnlichen hypertrophischen Mandeln; dies erklärt sich ganz gut aus der Nähe der Nasenmuscheln und der Eustachi'schen Trompeten; immer besteht eine Verminderung des Gehörvermögens. Diese Tumoren sind entweder weich oder hart; in letzterem Falle ist das Gehörorgan gefährdet. Die Klangfarbe und die Resonanz der Stimme hängen von dem Intactsein der dritten Mandel ab; Redner und Sänger kennen dies ganz gut. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die durch Päppeln syphilitischer Kinder acquirirten Rachensclerosen. Von Dr. S. Ehrmann, Wien. (Wiener med. Wochenschrift No. 18 und 19, 1890.)

Verf. theilt 2 Fälle mit, von denen der erste ein mit paterner hereditärer Lues behaftetes Kind betrifft, dessen Mutter keine Spur von luetischer Affection zeigte und auch nicht von ihm inficirt wurde, seiner Grossmutter aber die Syphilis mittheilte. Der Fall wurde diagnosticirt, als die Grossmutter wegen Plaques im Nasenrachenraume, die das Gehörvermögen beeinträchtigten, ärztliche Hilfe suchte. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 16jährige Virgo intacta, die als Kindsmädchen eines $^3/_4$ Jahr alten luetischen Kindes eine Rachensclerose aquirirte.

In beiden Fällen war die Sclerose linkerseits gelegen, was Verf. in der Weise erklärt, dass beim Päppeln der mit der rechten Hand gehaltene Löffel gewöhnlich etwas nach links geneigt in die Mundhöhle eingeführt wird. Dass die Sclerose rückwärts und nicht schon vorne an den Lippen oder an der Zungenspitze entsteht, schreibt Verf. dem mechanischen Vorgange der eigenthümlichen Ernährungsweise zu. Die Kinderpflegerin schliesst nämlich, wenn der Löffel in die Mundhöhle hineingelangt, die Lippen um den Stiel des Löffels, der ja höchst selten so weit in den Kindesmund gebracht und somit auch nicht von luetischem Secret benetzt wird; jener Theil des Löffels hingegen, der sich in der Mundhöhle des Kindes befunden hatte, kommt mit den hinteren Rachengebilden in Contact und kann auch dieselben inficiren. Szenes.

Hypertrophie des adenoiden Gewebes des Pharynxraumes; anatomische Pathologie und Behandlung. (Hypertrophie adénoide de la voûte du pharynx, anatomie pathologique, traitement.) Von Dr. Bryson Delavan. (Association des médecins d'Amérique und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21.)

Verf. unterscheidet zwei Hypertrophien, je nachdem fibröses Gewebe sich in dem Pharynx befindet oder nicht; die rein lymphoiden Tumoren sind leicht zu entfernen, die anderen sind schwer und schmerzhaft zu operiren. Verf. räth, gehörig zu anästhesiren und die ganze Operation in einer Sitzung zu machen; nach der Operation soll Pat. das Bett hüten, bis die Allgemeinerscheinungen geschwunden sind; dabei muss Patient sich an das Mundathmen gewöhnen; durch Einüben kann Patient ordentlich sprechen und athmen lernen. Dr. P. K.

Ueber die diffuse fibröse Hypertrophie der Larynxmucosa. Ueber die Natur der praearytenoidalen Vegetationen bei Phthisis. (De l'hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. De la nature des végétations pré-aryténoidiennes observées chez les phthisiques.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngologie und Revue de laryngologie et d'otologie No. 19.)

Verf. kommt am Schlusse seiner Arbeit zu folgenden Sätzen: 1) Es besteht eine Region der Larynxmucosa, welche anatomisch durch flaches Pflasterepithel gekennzeichnet ist und sich an den Stimmbändern und der Arytenoidalwand befindet. Durch viele Anstrengungen kann diese Region diffus fibrös degeneriren und tuberculöse Infiltrate vorspiegeln. 2) Die Hypertrophieen zeigen sich häufig auf die Arytenoidalgegend begrenzt,

Digitized by Google

wo sie Vegetationen vorstellen, welche oft mit Schleim und schleimigem Eiter bedeckt sind. Sie werden bei langdauerndem Nasenrachencatarrh, verbunden mit Laryngitis, sowie bei Lungenphthisis beobachtet, sind aber kein Beweis von der Gegenwart tuberculöser Laryngitis.

Dr. P. K.

Tubage und Tracheotomie. Vergleichende Studie. (Tubage et trachéotomie. Etude comparative.) Von Dr. Francesco Egidi. (Congrès international de laryngol. et d'otologie, September 1889.)

Nachdem Verf. in allen Details die Vor- und Nachtheile der Tracheotomie und der Tubage angegeben, kommt er als Unparteiischer zu folgenden, uns richtig scheinenden Schlüssen: 1) Die Tubage mit ihrer jetzigen Manipulation und ihren bis jetzt zu wünschen übrig lassenden Instrumenten kann nicht allgemein angenommen werden, um die Tracheotomie zu ersetzen. Selbst die Statistiken sprechen zu Gunsten der Tracheotomie, namentlich bei Croup und Diphtheritis. 2) Die Tubage muss angenommen werden als gutes Ersatzmittel der Tracheotomie, wenn die Eltern die Tracheotomie verweigern: melius est anceps quam nullum experiri remedium. 3) Die Dienste der Tubage bei Erwachsenen bei acuten und chronischen Larynxstenosen sind nicht zu läugnen; denn hier kann man das Dilatationsmittel permanent liegen lassen; hier kann man das Laryngoscop als Hilfsmittel der Tubage benutzen. 5) Es liegt also auf der Hand, dass selbst in seiner heutigen Ausbildung die Tubage gute Dienste leisten kann; es steht ihr jedenfalls eine günstigere Zukunft bevor.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. (Corps étranger dans la trachée.) Von Dr. Leyden. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 17.)

Ein 5jähriges Kind schluckte einen kleinen Stein hinunter. Nach einem Jahre starb es plötzlich in einem Erstickungsanfalle. Bei der Section fand man den Stein an der Bifurcation der Trachea. Beim Leben sass er aber nicht an dieser Stelle, denn unter dem rechten Stimmbande befand sich ein Loch, in welches der Stein passte; hier war er jedenfalls liegen geblieben, bis bei einer starken Bewegung derselbe seine Lage wechselte und die Trachea verstopfte.

Dr. P. K.

Spiegelschrift. (Ecriture en miroir.) Von Dr. Langlet. (Union méd. du Nord-Est No. 11.)

Man hat bei aphonischen Hemiplegikern eine besondere Schreibmethode beschrieben. Lässt man diese Patienten mit der linken Hand schreiben, so schreiben sie die Buchstaben von rechts nach links, und man muss, um selbe zu lesen, sie durch Transparent oder vor einem Spiegel lesen. Verf. giebt verschiedene solche Beispiele an. Er hat bemerkt, dass diese Schreibmethode bei den aphonischen Patienten kein constantes Symptom ist und dass selbe sich auch wieder in anderen Fällen zeigt. So zeigte sich bei einem 7jährigen, mit rechtsseitiger essentieller Kinderlähmung behafteten Kinde, dass dasselbe mit der linken Hand viel besser von rechts nach links als umgekehrt schrieb, obwohl das Kind eine Schule besuchte, in welcher man es absolut lehren wollte, auf normale Weise zu schreiben.

Digitized by Google

Verf. ist übrigens der Ansicht, dass die umgekehrte Schrift das Normale für die linke Hand ist. Kinder, die noch nicht gelernt haben, sich vorzugsweise mit der rechten Hand zu bedienen, machen mit beiden Händen symmetrische Bewegungen und zeichnen also dasselbe Bild, indem sie mit der rechten Hand nach rechts, mit der linken Hand nach links wenden. Verf. macht weitere Untersuchungen bei linkshändigen Typographen und Künstlern. Dr. P. K.

Versuche über die Wirkung der heissen Luft nach Weigert bei Larynxtuberculose. Von Dr. A. Nykamp, Leiden. (Deutsche med. Wochenschrift No. 18, 1890.)

Verf. hat mit seinem Schüler Nood Versuche über die Heissluftbehandlung nach Weigert's Methode angestellt, doch konnte er einen günstigen Einfluss weder auf den localen Process, noch auf den allgemeinen Zustand der behandelten Kranken wahrnehmen, nur eine gewisse Luftgymnastik wurde während der Einathmung ausgeführt, weil die Kranken gezwungen sind, täglich durch mehrere Stunden hindurch regelmässige Ein- und Ausathmungsbewegungen zu machen, wodurch eine bessere und reichlichere Ventilation der Luftwege stattfindet; letzteres kann jedoch auf einfachere und billigere Weise veranstaltet werden. Das Gewebe, in dessen Tiefe die Tuberkelbacillen sitzen, kann nie bis zu dem Grade erhitzt werden, ohne das Gewebe selbst und damit auch die pathogenen Bacterien, zum Nachtheile des ganzen Organismus, zu tödten. Ueberhaupt beruht Weigert's Methode auf falscher Grundlage, denn wenn auch die Temperatur der eingeathmeten Luft sehr hoch ist, so wird dieselbe in der Mundhöhle und in dem Pharynx schon um so viel Grade abgekühlt, dass sie in dem Larynx und in den Bronchien nur etwas höher ist, oder gar nur der in den übrigen Räumen des Körpers gemessenen Temperatur gleichkommt. Szenes.

INHALT.

I. Originalien: Szenes: Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin. (Fortsetzung.) Dietrich: Das Ulcus septum nasi perforans. — Schütz: Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle. — Onodi: Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen. (Fortsetzung.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Kirchner: Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. — v. Stein: Ein Beitrag zur Kopfknochenleitung. — Gradenigo: Das Ohr des Verbrechers. — Laker: Ein Tubar-Arzneimittelträger und seine Verwendbarkeit bei Mittelohrerkrankungen. — Habermann: Zur Pathogenese der eitrigen Mittelohrentzündung. — b) Pharyngo-laryngologische: Makenzie: Adenoide Geschwulst, aus dem Boden des Sinus pyriformis entspringend. — Roë: Drüsenhypertrophie der Zungenbasis. — White: Die dritte Mandel. — Ehrmann: Ueber die durch Päppeln syphilitischer Kinder acquirirten Rachensclerosen. — Delavan: Hypertrophie des adenoiden Gewebes des Pharynxraumes; anatomische Pathologie und Behandlung. — Luc: Ueber die diffuse fibröse Hypertrophie der Larynxmucosa. Ueber die Natur der praearytenoidalen Vegetationen bei Phthisis. — Egidi: Tubage und Tracheotomie. — Leyden: Fremdkörper in der Trachea. — Langlet: Spiegelschrift. — Nykamp: Versuche über die Wirkung der heissen Luft nach Weigert bei Larynxtuberculose.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIV. **Berlin, December 1890.** **No. 12.**

Wir bitten um baldgefällige **Erneuerung des Abonnements** auf den mit Januar 1891 beginnenden **fünfundzwanzigsten Jahrgang dieser Monatsschrift** bei den Postämtern, Buchhandlungen sowie der unterzeichneten Expedition.

Berlin N., December 1890.

Expedition
der „Allgemeinen medicinischen Centralzeitung“
Oranienburger Strasse 43.

I. Originalien.

Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie.

Vortrag,

gehalten am 8. August 1890 in der otiatrischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin

von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss.)

Weichselbaum [42]) erwähnt in einem grösseren Aufsatze, dass einmal eine acute Otitis media bestand, bei welcher ausschliesslich der Pneumococcus vorhanden war. — Was den Zusammenhang der

[42]) Wiener klin. Wochenschrift No. 9, 1890, pag. 166.

Digitized by Google

acuten Entzündung der Nebenhöhlen der Nase und der Paukenhöhle mit dem Diplococcus pneumoniae betrifft, so wird derselbe nach Weichselbaum[43]) wohl nur ein direct causaler sein, da man bei diesen Erkrankungen, auch wenn sie ohne Influenza vorkommen, den genannten Coccus als alleinige Bacterienart und schon zu Beginn der Entzündung vorfinden kann. — Levy[44]) hat das Secret von 7 Otitiden zu bacteriologischen Untersuchungen verwendet; 6 Mal war der Diplococcus pneumoniae Fränkel in Reincultur, 1 Mal (wo der Durchbruch schon einige Tage vorher stattgefunden) war neben ihm noch der Staphylococcus pyogenes albus vorhanden. — In den Fällen Glower's[45]) hat Netter ein Mal den Streptococcus pyogenes gefunden.

Zaufal[46]) erwähnt 2 Fälle; 1 Mal wurde das Secret durch die Paracentese gewonnen und fand sich hier der Streptococcus pyogenes in Reincultur, der 2. Fall kam mit Perforation des Trommelfells und Eiterung in die Klinik, und gab den Diplococcus pneumoniae in Reincultur. — Kowalski[47]) hat 1 Mal den Streptococcus pyogenes aureus in Reincultur angetroffen, 2 Mal war letzterer mit dem Strept. pyog. albus und 1 Mal dieser mit dem Streptococcus pyogenes vorhanden und endlich 1 Mal blieben die Culturen steril. — Gradenigo[48]) berichtet über 6 Fälle, 2 Mal wurde der Staphylococcus pyogenes albus, 4 Mal hingegen der Diplo-Streptococcus gefunden. — Schliesslich möge noch Ribbert[49]) erwähnt werden, aus dessen bacteriologischen Untersuchungen über Influenza sich das Resultat also ergab, dass in allen Fällen, in denen überhaupt Microorganismen nachzuweisen waren, der Streptococcus pyogenes, und nur 1 Mal neben ihm ein Coccus gefunden wurde, der mit dem Diplococcus pneumoniae grosse Aehnlichkeit hatte und wahrscheinlich eine Modification desselben darstellte.

Aus all' diesem ist's ersichtlich, dass es noch immer nicht gelang, einen einheitlichen characteristischen Microorganismus im Secrete der Paukenhöhle zu finden, und wenn wir auch noch den Umstand erwägen, dass diese verschiedenen Microben in der Paukenhöhle und deren Nachbargebilden, wenngleich nur in minimaler Zahl, auch unter normalen Verhältnissen vorkommen, so müssen wir die vollkommene Klärung dieser Frage der Zukunft überlassen. So viel steht jedoch schon heute fest, dass die Gegenwart dieser Microben im Secrete nicht auf einem ganz unverhofften Zustande beruht, weshalb wir auch denselben Rechnung tragen und diese Erkrankung der Paukenhöhle als das Resultat einer Infection ansehen müssen.

Die Therapie wurde in den von mir beobachteten Fällen nach den

---

[43]) Ibidem No. 10, pag. 189.
[44]) Berliner klin. Wochenschrift No. 7, 1890, pag. 143.
[45]) Annal. des mal. de l'oreille No. 2, 1890.
[46]) Prager med. Wochenschrift No. 9, 1890.
[47]) Wiener klin. Wochenschrift No. 14, 1890, pag. 270.
[48]) Annal. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx No. 6, pag. 382—387, 1890.
[49]) Deutsche med. Wochenschrift No. 15, 1890, pag. 302.

Digitized by Google

allgemeinen otiatrischen Grundsätzen ausgeführt, wie dies übrigens aus dem Nachstehenden ersichtlich ist.

Insgesammt hatte ich Gelegenheit, 44 Kranke zu beobachten, die ihr Ohrenübel — einerseits zu Folge der Aussage des behandelnden Arztes, andererseits aber nach den auch durch mich constatirten Symptomen — in Folge der Influenza acquirirt hatten.

Bezüglich des Geschlechtes bestand kaum ein Unterschied, da 20 männlichen und 24 weiblichen Geschlechtes waren.

Das Alter möge folgende Tabelle demonstriren:

Bis 5	Jahre	=	5	Kranke
5—10	„	=	4	„
10—20	„	=	4	„
20—30	„	=	10	„
30—40	„	=	8	„
40—50	„	=	7	„
50—60	„	=	3	„
über 60	„	=	3	„
		Summa:	44	Kranke.

Auffallender Weise waren beide Ohren blos in 7 Fällen (16 pCt.) erkrankt, die übrigen 37 Fälle vertheilten sich so, dass das rechte Ohr 19 Mal, das linke 18 Mal behandelt werden musste.

Was die einzelnen Erkrankungsformen betrifft, hatte ich Folgendes zu verzeichnen:

Catarrhus tubae Eustachii fand ich 3 Mal. In jedem der Fälle handelte es sich um ein Verlegtsein, ferner um Sausen und geschwächtes Gehörsvermögen. Ein Patient klagte auch noch über intensive Schmerzen, welche sich auf die antomische Lage der Eustach'schen Röhre localisirt hatten. Das Uebel bestand 1 Mal rechterseits, 2 Mal hingegen linkerseits. — Objectiv konnte immer eine Schwellung der Nasenrachenhöhlenschleimhaut nachgewiesen werden und zeigte sich bei der Rhinoscopia posterior auch das betreffende Ostium pharyngeum tubae Eustachianae geschwellt, im Ohre aber war das eingezogene Trommelfell zu sehen. Die Therapie bestand in Ausspülungen der Nasenrachenhöhle, ausserdem gargarisirten die Patienten fleissig und auf Anwendung der Luftdouche heilte der Zustand schon in wenigen Tagen.

Catarrhus cavi tympani acutus kam 8 Mal vor; je 3 Mal rechts und beiderseits und 2 Mal linksseitig. — Subjectiv und objectiv bestanden die gewöhnlichen Symptome. Häufig fiel mir bei diesen Kranken eine schwache Hyperämie in der Gegend des Hammergriffes auf, speciell bei solchen Kranken, die mit ihrem Finger fleissig im äusseren Gehörgang herumarbeiteten, um sich das Gefühl der Völle zu vertreiben. — Die Therapie war auch hier eine schulgemässe, nur nahm ich vor der Luftdouche immer eine Ausspülung der Nasenrachenhöhle vor. Bei einseitiger Affection wurde fast immer der Catheter angewendet, wo jedoch dies nicht leicht möglich war, ballonirte ich in der Weise, dass der Patient den Kopf seitlich neigte, so dass das afficirte Ohr nach unten zu liegen kam und in den meisten Fällen drang die Luft bei dieser Lage stets nur in das nach unten geneigte Ohr. — In einigen Fällen, wo es sich

Digitized by Google

um Resorption von Exsudaten handelte, erwies sich eine combinirte Behandlungsweise mit Luftdouche und Massage des Warzenfortsatzes und der Regio antitragica nach abwärts von bleibendem Erfolg, wie dies von Zaufal[50]) neuerdings warm empfohlen wird. — In einem Falle, wo es sich übrigens um ein durch catarrhalische Symptome verursachtes Ohrensausen handelte, welches auf die übliche Behandlungsweise nicht sistiren wollte, versuchte ich durch 2 Wochen hindurch die von Kiesselbach[51]) empfohlene Cocainbehandlung, doch ohne jeden Erfolg und brachte ich das Sausen nur nach mehreren Wochen durch die von Neuem aufgenommene Catheterisation zum Stillstand.

Acute Paukenhöhlenentzündung wurde in verschiedener Form 28 Mal behandelt, 12 Mal bestand dieselbe rechterseits, 14 Mal linkerseits und nur 2 Mal beiderseitig. — Blos in 12 von diesen Fällen hatte ich Gelegenheit, die Erkrankung im Anfangsstadium zu sehen, wo es sich um eine heftige, subjectiv mit grossen Schmerzen, objectiv hingegen mit diffuser Hyperämie einhergegangene Entzündung handelte. Auf 3stündlich vorgenommene Einträufelungen von 15 proctgm. Carbolglycerin, ausserdem nach Anwendung von Blutegeln um das Ohr, gelang es 7 Mal, den Process zu coupiren, doch in 5 Fällen, wo nur das Carbolglycerin allein angewendet wurde, liessen die Schmerzen erst dann nach, als es zur Eiterbildung in der Paukenhöhle kam, und war der Durchbruch in diesen Fällen 2 Mal spontan erfolgt, bei 3 Kranken hingegen musste die Spaltung des Trommelfells vorgenommen werden. Von letzteren möge bemerkt werden, dass in einem Falle, wo es sich um eine gleichzeitig beiderseits bestandene Affection handelte, das linke Trommelfell 3 Mal und das rechte 2 Mal gespalten werden musste, in einem anderen Falle hingegen, wo die Affection nur linkerseits bestanden hatte und eine Durchspaltung des Trommelfells nöthig war, musste schon am nächsten Tage eine Dilatation der Schnittwunde vorgenommen werden, damit der vom Neuen gebildete Eiter freien Lauf nach aussen gewinne.

In den übrigen 16 Fällen acuter Mittelohrentzündung sah ich die Patienten erst dann, als der Process bereits in Suppuration übergegangen war, wo Schmerzen kaum mehr bestanden hatten, und die Kranken klagten eigentlich nur über Otorrhoe. Je nach der Menge des secernirten Eiters liess ich 3—6stündlich Ausspritzungen mit Creolinwasser (1 Tropfen auf 0,1 Liter Wasser) oder mit 4procentiger Borsäurelösung vornehmen; war die Eiterung keine profuse, durchspülte ich selbst täglich ein Mal die Paukenhöhle mit 0,5procentiger Kochsalzlösung, und war eine Eiterretention nicht zu befürchten, insufflirte ich Borsäure. — Hatte sich eine Otitis externa der Paukenhöhlenentzündung hinzugesellt, liess ich täglich mehrmals essigsaure Thonerde (vierfach mit Wasser verdünnt) in's Ohr einträufeln, worauf sich die Schwellung im äusseren Gehörgange gewöhnlich bald zurückbildete, wie ich

[50]) Zaufal: Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung mit Berücksichtigung der bacteriologischen Forschungsergebnisse. Prager med. Wochenschrift No. 4—6. 1890.

[51]) Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 9, 1889.

Digitized by Google

dies übrigens bereits früher an anderer Stelle[52]) hervorhob. — Waren in der Tiefe des äusseren Gehörganges oder um den Perforationsrand kleine Wucherungen aufgetreten, genügten gewöhnlich schon 1—2 Aetzungen mit einer Argentum nitricum-Perle, oder einige Male vorgenommene Eingiessungen von Sublimat-Alcohol (0,01 : 30,0), um dieselben zum Verschwinden zu bringen.

In 5 Fällen war am nächsten Tage des spontan erfolgten Trommelfelldurchbruchs ein acutes Eczem im äusseren Gehörgange und an mehreren Stellen der Ohrmuschel aufgetreten. Eine ähnliche Beobachtung wird wohl bei vernachlässigten Otorrhoeen gar häufig gemacht, überhaupt bei Kindern, doch schien mir, dass in diesen Fällen der Eiter der influenzösen Otorrhoe die Epidermis des äusseren Ohres intensiver angriff. Den Eiter liess ich in diesen Fällen auf trockenem Wege, mittelst Salicyl-, Carbol- oder Sublimatwatte entfernen und für die eczematösen Stellen bewies sich die von Urbantschitsch[53]) empfohlene 2procentige Creolin-Salbe von bestem Erfolge, wie ich dies übrigens ebenfalls schon früher[54]) erwähnte.

Vier Mal war der Warzenfortsatz mitafficirt, indem die Paukenhöhlenentzündung mit periostitischen Erscheinungen desselben einherging, doch waren dieselben auf energische Antiphlogose und Bepinselungen der Regio mastoidea mit Jodtinctur zurückgegangen. — Endlich will ich auch noch einen interessanten Fall hervorheben. Es handelte sich um ein 8 Jahre altes Mädchen, bei welchem eine linksseitige Paukenhöhlenentzündung aufgetreten war; 3 Tage nach dem Auftritte der Otorrhoe zeigte sich das typische Bild einer Gonitis serosa an derselben Seite, ausserdem war im linken Sprunggelenke eine solche Empfindlichkeit entstanden, dass die Patientin schon bei der geringsten Berührung über intensive Schmerzen daselbst klagte und deshalb auch jede Bewegung vermied; einige Tage später hatte sich auch noch ein kalter Abscess in der Gegend des Kreuzbeines gebildet. Gegen die Otorrhoe verordnete ich Ausspritzungen des Ohres mit 4proctgr. Borsäurelösung, worauf dieselbe schon nach 8 Tagen sistirte, und auch der nahezu linsengrosse central gelegene Trommelfelldefect wurde allmählig kleiner, um später ganz zu vernarben. Die Gonitis wie auch die Affection im Sprunggelenke haben sich nach schulgemässer localer und interner Medication zurückgebildet, der Abscess am Kreuzbeine wurde geöffnet, worauf sich 0,3 Liter grüner, jedoch nicht fötider Eiter entleerte und das abgemagerte und herabgekommene Individuum erholte sich zwar nur langsam, genas aber, nach der Aussage des behandelnden Hausarztes, in einigen Wochen vollkommen. — Zu dem erwähnten Falle wurde ich nur pro consilio gerufen, konnte mich aber 3 Mal von dem Verlauf der Krankheit überzeugen, und wenn auch einerseits die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass die Erkrankung des Ohres in diesem Falle vielleicht nur unverhoffter Weise allem Uebrigen voranging,

---

[52]) Die Ohrenheilkunde im vergangenen Jahre. Deutsche med. Wochenschrift No. 37, 1889.

[53]) Eitelberg: Ueber die therap. Verwendung des Creolins in der Otiatrie. Wiener med. Presse No. 13, 1888.

[54]) Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXVIII, pag. 137.

Digitized by Google

so schien es mir andererseits für wahrscheinlicher, dass die Folgekrankheiten hypostatischer oder aber pyämischer Natur waren.

Das Gehörsvermögen der Kranken war zwar in jedem Falle mehr oder weniger herabgesetzt, doch 2 Mal hatte ich eine totale Taubheit für Sprache und Stimmgabel zu verzeichnen; in beiden Fällen handelte es sich um eine profuse Paukenhöhleneiterung, nebst dieser hat ein intensives Sausen bestanden, ausserdem wurde auch über heftigen Schwindel geklagt, der sich sogar schon beim Aufsetzen im Bette einstellte, doch währte dies nur einige Tage und mit dem Weichen der Influenza nahmen auch die subjectiven Symptome ab; die Otorrhoe sistirte und bald darauf erfolgte auch die Restitutio ad integrum.

Da ich in sämmtlichen Fällen nebst der Behandlung des Ohres auch dem Nasenrachenraume die gebührliche Aufmerksamkeit schenkte, konnte ich bald leichtere, bald schwerere catarrhalische Störungen hierselbst constatiren. Den Fall eines 41jährigen Zimmermalers möchte ich jedoch besonders hervorheben, bei dem eine acute Paukenhöhleneiterung in Folge eines heftigen Nasen-Rachencatarrhs aufgetreten war, und auffallender Weise ging letzterer mit perversen Geruchsempfindungen einher, indem Patient bald Petroleum, bald aber gebrannten Kaffee zu riechen angab; mit Eintritt der Heilung waren auch diese Empfindungen verschwunden.

Zur Verbesserung des Gehörvermögens wurde nach Verlauf der stürmischen Symptome oder nach Sistirung der Suppuration stets die Luftdouche mittelst Ballons oder Catheters verwendet, der ich immer eine Durchspülung der Nasenrachenhöhle mit lauwarmer schwacher Kochsalzlösung vorausschickte, wie ich dies übrigens auch bei den catarrhalischen Erkrankungen der Paukenhöhle mit Erfolg anzuwenden pflege, ausserdem wurde aber auch noch fleissig die Massage des Warzenfortsatzes und der Regio antitragica angewendet. — Ebenso verfuhr ich auch bei 3 Kranken, die nach gänzlich abgelaufener Paukenhöhlenentzündung in Folge der Influenza nur deshalb vorsprachen, weil ihr Gehörsvermögen, trotz Ablauf ihres Uebels, noch nicht normal war.

Einige Male ging ich bei der Therapie auch symptomatisch vor; so gelang es, neuralgische Schmerzen, mit welchen manche Paukenhöhlenentzündung einherging, durch Verabreichung von 1—2 Gramm Antipyrin zu stillen; gegen nächtliche Schlaflosigkeit leisteten 1—2 Grmm. Chloralhydrat oder Sulfonal sehr gute Dienste; endlich verordnete ich im Anfangsstadium der acuten Paukenhöhlenentzündung, ebenso bei periostitischen Symptomen am Warzenfortsatze auch Abführmittel (Aqu. laxativa Viennensis, Ricinusöl).

Auch möchte ich noch 2 Fälle erwähnen, bei denen ein persistenter Trommelfelldefect, nach einer abgelaufenen chronischen Paukenhöhleneiterung, bestanden hatte; in Folge der Influenza war bei beiden Patienten eine Otorrhoe aufgetreten, die jedoch in einigen Tagen durc Ausspritzungen zum Stillstand gebracht wurde.

Schliesslich möchte ich noch auf eine Erkrankung hindeuten, die i während der Influenza-Epidemie, zufälliger Weise, häufig beobacht konnte. — Bei einem grösseren Material von Ohrenkranken wird wohl doch Jedem aufgefallen sein, dass Fälle von Furunkelbildur im äusseren Gehörgange oft in 1—2 Monaten kaum 1 Mal beo

Digitized by Google

achtet werden und dann folgt eine Zeit, wo man in ganz kurzen Intervallen mehrere Fälle zu Gesichte bekommt. Solche Furunkel-Epidemien wiederholen sich sowohl in der Spitals- als auch Privatpraxis jährlich mehrmals, um dann eine kürzere oder längere Pause nach sich zurückzulassen. Nach den neueren bacteriologischen Forschungen von Kirchner[55]), Löwenberg[56]), Schimmelbusch[57]) u. A. ist der Staphylococcus als Erreger des Furunkels zu betrachten, doch werden diese Microorganismen bei jeder Eiterung und somit auch in dem Secret der Paukenhöhle vorgefunden und würde es daher zu weit führen, wenn man an einen Zusammenhang der Influenza mit dem Furunkel denken wollte, wenngleich der Prozess, welcher sich im Gehörgange auf der Schleimhaut der Paukenhöhle abspielt, vielleicht nicht ganz unähnlich dem sein könnte, welcher sich auf der Schleimhaut der Paukenhöhle abspielt. Meinerseits will ich nur die Thatsache erwähnen, dass ich während der Influenza-Epidemie, ausser den angeführten Fällen, bei 10 Individuen 14 Mal Furunkelbildungen beobachtete, von denen 12 im äusseren Gehörgange und 2 an der Ohrmuschel gesessen waren. Ich wollte blos die Aufmerksamkeit der Fachcollegen auf die Thatsache gelenkt haben, vielleicht wird uns in einer zweiten Epidemie Gelegenheit geboten werden, auch über diese Complication näheren Aufschluss zu erhalten.

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

19) Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Schwerhörigkeit. Referenten: Schwabach (Berlin), Magnus (Königsberg).

Schwabach bespricht zunächst kurz die verschiedenen Methoden der Hörprüfung mit Rücksicht auf ihren Werth für die Feststellung des Grades der Functionsstörung und gedenkt dabei zuerst der verschiedenen „Hörmesser", hält jedoch keinen dieser Apparate für geeignet, dem Untersuchenden ein Urtheil über die durch das betreffende Leiden bedingte Functionsstörung zu geben, da die Hörfähigkeit für einfache Töne, welche allein mittelst dieser Hörmesser eruirt werden kann, nicht in einem bestimmten Verhältnisse zur Hörfähigkeit für die Sprache steht und es in der Praxis doch vor Allem darauf ankommt, diese letztere festzustellen. Auch spricht sich Sch. dagegen aus, sich allein der Zahlworte zu bedienen, denn diese werden von den meisten Patienten leicht errathen, und eignen sie sich namentlich dann nicht zur Prüfung, wenn

[55]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 1, 1887.
[56]) Deutsche med. Wochenschrift No. 28, 1888.
[57]) Archiv für Ohrenheilk. Bd. 27, pag. 252.

Digitized by Google

es sich handelt, das Resultat einer etwa eingeleiteten Behandlung zu eruiren. Zu diesem Zwecke eignen sich die von O. Wolf vorgeschlagenen Prüfungsworte*). Sch. überzeugte sich, wie ausserordentlich verschieden die Perceptionsfähigkeit für die einzelnen Lautgruppen bei Schwerhörigen ist, und erhält der Untersuchende eine viel richtigere Anschauung über die vorhandene Functionsstörung, als bei Verwendung anderer, ganz willkürlich gewählter Prüfungsworte. — Nach dem Vorgange von Lichtwitz stellte auch Sch. Untersuchungen mittelst des neuen Edison'schen Phonographen an. Dass die Schallquelle immer in derselben Entfernung vom Ohre bleibt (was L. als einen besonderen Vortheil bezeichnet), soweit es sich um die Prüfung mit der Sprache handelt, sieht Sch. für einen Nachtheil an, da es gerade für die Praxis wichtig ist, festzustellen, in welcher Entfernung der betreffende Patient die Sprache versteht, da doch bekanntlich selbst hochgradig Schwerhörige nicht nur Conversationssprache, sondern selbst Flüstersprache am Ohr oft noch gut hören. Nun lehrte aber auch noch Sch. die Erfahrung, dass selbst Normalhörende mittelst des Phonographen die Flüstersprache nur sehr unvollkommen hörten, ferner werden einfache resp. schwache Töne, wie das Ticken der Uhr, die Töne verschiedener Stimmgabeln ($C - C^{IV}$), König'scher Klangstab und der Galton'schen Pfeife mittelst des Phonographen entweder gar nicht oder nur bei Zuhilfenahme von Resonanzvorrichtungen, aber auch dann nur schwach gehört. Die untersuchten Schwerhörigen haben die Sprache schlechter verstanden, wenn der Phonograph als Schallquelle benutzt wurde, als wenn man in der gewöhnlichen Weise die Hörprüfung vornahm. Auch fielen zahlreiche Laute bei der Reproduction der betreffenden Phonogramme aus oder sie wurden falsch wiedergegeben, daher auch dieser Apparat das nicht leistet, was man von einem einheitlichen Hörmesser verlangen muss, dass er namentlich aber nicht geeignet ist, dem Untersuchenden eine richtige Vorstellung von dem Grade der bestehenden Functionsstörung zu geben.

Von den zu differenziell-diagnostischen Zwecken dienenden Methoden, welche Aufschluss über den Sitz der Hörstörung geben sollen, berücksichtigt Sch. neben dem Weber'schen den Rinne'schen Versuch und die Prüfung mit hohen und tiefen Tönen durch Luft- und Knochenleitung. Trotzdem er schon im Jahre 1884 seine Ansicht über den Werth des Rinne'schen Versuches mitgetheilt hatte, hat Sch. mit Rücksicht auf die verschiedenen, zum Theile sich widersprechenden Urtheile einzelner Autoren die Untersuchungen von Neuem aufgenommen und giebt zunächst das Ergebniss solcher Fälle, welche es gestatteten, mit möglichst grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose aus dem objectiven Befund und der Krankengeschichte zu stellen, und bei welchen die Richtigkeit der gestellten Diagnose durch den Verlauf controlirt werden konnte. Mit Rücksicht auf das Studium der Knochenleitung mussten alle Fälle ausgeschieden werden, wo der Patient das fünfzigste Lebensjahr überschritten hatte, und beziehen sich die betreffenden Angaben auf 86 Kranke mit 104 afficirten Ohren, wo es sich wesentlich um acut verlaufene Affectionen (wie bei denen des Schallleitungsapparates) oder wenigstens um

*) Siehe: Oscar Wolf, Hörprüfungsworte etc. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XX. pag. 200—206.) Ref.

Digitized by Google

acut bei bisher normal Hörenden aufgetretene (wie bei denen des Schallperceptionsapparates), und wurden die Ergebnisse durch eine weitere Anzahl von chronischen Fällen (61 mit 110 afficirten Ohren) unterstützt, bei denen Sch. sich bei der Stellung der Diagnose besonders durch das ätiologische Moment leiten liess. Sch. benutzte die von Lucae empfohlene sogen. englische Stimmgabel mit Klemmen und eine auf C der viergestrichenen Octave abgestimmte grosse Stimmgabel. Bei acuten Affectionen des Schallleitungsapparates fiel der Weber'sche Versuch nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle positiv aus, der Rinne'sche bei denselben Affectionen nahezu ebenso oft positiv wie negativ, und war es ganz gleichgiltig, ob die Hörfähigkeit für Flüstersprache hochgradig oder nur wenig herabgesetzt war.

Bei den acut aufgetretenen Affectionen des schallempfindenden Apparates wurde in wenig mehr als der Hälfte der Fälle C vom Scheitel aus auf dem besseren Ohr (Weber'scher Versuch negativ), in keinem Falle auf dem schlechten Ohr besser gehört; der Rinne'sche Versuch fiel in etwas weniger als der Hälfte der Fälle entschieden positiv, in einer geringen Anzahl entschieden negativ aus. Allein ebenso oft, wie der positive Ausfall war das Resultat zweifelhaft, weil die C-Gabel per Luft nicht mehr, wohl aber noch durch die Knochenleitung gehört wurde. — Wesentlich anders und viel prägnanter erwies sich das Verhalten der verschiedenen Affectionen bei Prüfung der Perceptionsdauer vom Knochen aus. In der übergrossen Mehrzahl der Fälle (88,8 pCt.) war dieselbe bei den Affectionen des Schallleitungsapparates entschieden verlängert, bei denen des schallpercipirenden Apparates wieder in der überwiegenden Zahl der Fälle (96,87 pCt.) verkürzt, in wenig Fällen (3,13 pCt.) der normalen gleich, in keinem einzigen Falle jedoch verlängert. Bezüglich der Eruirung des Sitzes der Hörstörung könne man wohl auf eine Affection des Schallleitungsapparates schliessen, wenn eine entschiedene Verlängerung der Perceptionsdauer vom Knochen aus besteht, dagegen aus der fehlenden Verlängerung kann man keinen sicheren Schluss auf das Vorhandensein einer Affection des schallempfindenden Apparates ziehen. — Sch. erörtert auch die Frage, in wie weit die Prüfung auf die Perception der tiefen und hohen Töne durch Luftleitung zur Sicherung der Diagnose verwerthet werden könne. Die hierauf bezüglichen Untersuchungen ergaben, dass zwar in der Mehrzahl der Fälle (76,38 pCt.) bei Affectionen des Schallleitungsapparates tiefe Töne wesentlich schlechter resp. kürzer gehört werden als hohe, dass jedoch auch nicht gerade selten (13,88 pCt.) beide Tongattungen gleichmässig schlecht, ja sogar zuweilen (6,95 pCt.) die hohen Töne schlechter als die tiefen gehört werden. Bei den Affectionen des Schallperceptionsapparates war Sch. nur in wenig mehr, als der Hälfte der Fälle in der Lage, einen Unterschied in der Perception der tiefen und hohen Töne zu constatiren, während in einer verhältnissmässig grossen Anzahl von Fällen (43,7 pCt.) beide gleich schlecht gehört wurden. Dass in vielen Fällen (50 pCt.) die hohen Töne sogar besser, als die tiefen gehört wurden, will Sch. zwar dem Umstande beimessen, dass es überhaupt sehr schwer ist, das eventuell normale Ohr von der Perception bei Prüfung mit diesen sehr intensiven hohen Tönen ganz zu eliminiren, doch blieben auch, wenn nur die Fälle berücksichtigt wurden, bei denen das eine Ohr schwerhörig, das andere absolut taub war, noch

Digitized by Google

solche übrig, die die hohen Töne entschieden besser hörten, als die tiefen (in einem derartigen Falle konnte die Diagnose Labyrinthentzündung bei intacter Paukenhöhle durch die Obduction bestätigt werden). Sch. hebt hervor, dass auch Bezold, der in seiner neuesten Arbeit besonderes Gewicht bezüglich des Ausfalles des Rinne'schen Versuches auf die Prüfung mit sehr tiefen Stimmgabeln (43 resp. 36 Schwingungen) legt, 3 Fälle von nervöser Schwerhörigkeit zu verzeichnen hat, bei denen der Ton der tiefsten Stimmgabel nicht mehr durch Luftleitung gehört wurde. — Schliesslich kommt Sch. dahin, dass von den verschiedenen erwähnten Prüfungsmethoden keine einzige so unzweideutige Resultate ergiebt, dass sie einen sicheren Schluss auf den Sitz der Gehörsstörung gestatten könnten. Es überrascht dies um so weniger, als doch schon Steinbrügge hervorhob, wie schwierig es ist, eine scharfe Grenze zwischen den Erkrankungen des schallleitenden und des schallpercipirenden Apparates in pathologisch-anatomischer Beziehung aufzustellen. In zweifelhaften Fällen dürfen wir uns daher nicht auf ein einziges Symptom verlassen, sondern uns unter Berücksichtigung der Anamnese, des objectiven Befundes, des klinischen Verlaufes und des Ergebnisses der Stimmgabelprüfungen, von denen Sch. auf Grund seiner Untersuchungen als relativ zuverlässigst die Prüfung der Perceptionsdauer von den Kopfknochen aus empfiehlt, unser Urtheil über den Sitz der Hörstörung zu bilden. Die so gestellte Diagnose wird nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein und uns nur darüber Aufschluss geben können, ob vorwiegend der schallleitende oder schallpercipirende Apparat ergriffen ist.

Magnus referirt über die Bezeichnung der durch die verschiedenen Methoden gefundenen Hörweite, ein Referat, mit welchem derselbe bereits vor 11 Jahren in Amsterdam beauftragt war. Er hat damals die Bezeichnung der Hörweite durch einen Bruch als die zweckmässigste empfohlen, und es ist in der Literatur auch diese schon früher von Knapp in Anwendung gebrachte Bezeichnung immer mehr beliebt worden.

Da aber die Ohrenheilkunde in den letzten Decennien immer grösseres Vertrauen sich erworben hat, so treten an uns Ohrenärzte eine Menge von Fragen heran, die für das bürgerliche Leben eine grosse Bedeutung haben und deren Beantwortung einen um so grösseren Einfluss auf das Urtheil des Publikums haben wird, je übereinstimmender die Art und Weise sein wird, wie wir unser Urtheil uns bilden und es womöglich auch so bezeichnen, dass der Laie eine Vorstellung von dem Thatbestande sich machen kann. Es kommt also hierbei darauf an, einen bestimmten Gang der Untersuchung inne zu halten. Ein solcher ist allerdings für die Untersuchungen im preussischen Militär gegeben: Dieselbe ist auf Anwendung der Flüstersprache gegründet, welche M. für nicht geeignet erklärt bei Untersuchungen, die Bezug auf das bürgerliche Leben haben, weil es sich hier nicht um feine Unterscheide, sondern lediglich um das Verständniss der Umgangssprache handelt, und deshalb wird der Vergleich mit einem nahezu Normalhörenden der geeignete Weg sein, um ein brauchbares Urtheil zu fällen, wobei die von Wolf aufgestellte Scala von Worten und Sätzen, die man nachsprechen lässt, zur Anwendung kommen soll. Die Vergleichsperson wird zweckmässig aus solcher Altersstufe und Lebensstellung gewählt, die der Persönlichkeit des Unter-

Digitized by Google

suchungsobjectes entspricht. Die lineare Entfernung und der räumliche Unterschied zwischen der Hörweite beider Personen giebt dann den Anhalt für das Urtheil, welches durch einen Bruch ausgedrückt wird. Es wird die Aufgabe fernerer Untersuchungen und fernerer Erfahrung sein, in wie weit die deutsche Scala der Wolf'schen Versuchsworte verbessert werden muss, und welche Worte anderer Idiome an ihre Stelle zu treten haben. Die Bezeichnung aber selbst soll überall durch einen Bruch gegeben werden.

Discussion:

Dennert (Berlin) empfiehlt bei Hörprüfungen nicht allein die Intensität, sondern auch die Quantität des Schalles, die Zahl der Schallwellen für diesen Zweck zu verwerthen resp. die Reactionsfähigkeit des Gehörorgans auf kurze einfache Schallreize in Anwendung zu bringen.

Barth (Berlin) hebt hervor, dass die Reproduction von Tönen und Sprache am Phonographen viel zu ungleichmässig und unsicher ist, um ihn zu brauchbaren Hörprüfungen benutzen zu können; ausserdem ist er ein zu complicirtes Instrument. — Auch macht Barth aufmerksam, dass bei den Hörprüfungen, besonders mit Knochenleitung, viele subjective Fehler von Seiten der Patienten in die Prüfungsresultate gelangen, die nun auch strenge ausgeschieden werden müssen. Ueberhaupt mit einer Methode allein genügende Untersuchungsresultate zu erhalten, wird bisher von Niemand behauptet und wohl auch immer nur ein frommer Wunsch bleiben.

Lucae (Berlin) betont, dass eine einseitige Anwendung der Stimmgabel eine Fehlerquelle in sich schliesst. Man muss auch Pfeifen resp. Lufttöne anwenden, namentlich zur Controle der Perception der tiefen Töne, wo dasselbe Ohr, welches tiefe Töne kräftiger Gabeln gar nicht hört, dieselben Töne, von Pfeifen hervorgebracht, noch sehr gut auffassen kann.

VII. Sitzung am 7. August, Nachmittags.
Vorsitzender: Prof. Guye (Amsterdam).

20) Guye (Amsterdam): Ueber die Aetiologie der durch Einspritzung von Flüssigkeiten in die Nase verursachten Entzündungen der Trommelhöhle.

Guye erinnert zuerst an die Fälle vor etwa 20 Jahren, durch Roosa, Knapp u. A. veröffentlicht, wo durch Anwendung der Nasendouche Paukenhöhlenentzündungen hervorgerufen waren. Obgleich in den letzten Jahren davon in der Literatur wenig verlautet, sind solche Fälle noch immer an der Tagesordnung und es fragt sich, was kann als Prophylaxe dagegen gethan werden. Die Ursache wurde früher in verschiedenen Umständen gesucht, und zwar abwechselnd in der zu niedrigen Temperatur oder in dem zu geringen Salzgehalt des Wassers, in dem zu hohen Druck, oder in dem Versäumen der nöthigen Vorsichtsmaassregeln. Die Hauptgefahr liegt nach Guye in zwei Umständen: 1) dass eingespritzt wird in Fällen, wo die Durchgängigkeit der Nase ungenügend ist und 2) dass mit einem Ansatzstück eingespritzt wird, welches den Naseneingang abschliesst. — Einzelne Tropfen 1procentiger Salzlösung werden, wenn sie auch einmal in die Paukenhöhle gerathen, selten grossen Schaden anrichten, eine grössere Quantität dagegen wird es wohl thun. — Guye verschreibt nie eine Nasendouche

Digitized by Google

und lässt immer mit einer gewöhnlichen Ballon-Spritze No. 2 die Einspritzungen in horizontaler Richtung machen. Die Fälle, in welchen er eine erhebliche Paukenhöhlenentzündung entstehen sah, waren immer solche, wo der Patient, der das Zurückträufeln des Wassers aus dem Nasenloch, in welches gespritzt wurde, unangenehm fand, von seinem Hausarzt ein anderes, das Nasenloch abschliessendes Ansatzstück erhielt und nun mit diesem einspritzte, so dass das Wasser in die Paukenhöhle drang. Guye führt zwei solche Fälle ausführlich an, wo der Zusammenhang deutlich nachweisbar war und spricht den Wunsch aus, dass den practischen Aerzten und den Instrumentenmachern gegenüber als Regel festgestellt werde: 1) Es soll nie in die Nase eingespritzt werden, bevor sich der Arzt von der genügenden Wegsamkeit der Nase überzeugt habe. Ist diese ungenügend, so soll anstatt des Einspritzens das Eingiessen in die Nase, am einfachsten mit einem gewöhnlichen Caffeelöffel, angewendet werden. 2) Es soll nie, auch bei genügender Wegsamkeit, mit einem Ansatzstücke eingespritzt werden, welches den Naseneingang abschliesst.

Discussion:

Krakauer (Berlin) glaubt, dass man jetzt, wo die einzelnen Theile der Nase local behandelt werden können, die Nasendouche als Heilmittel ganz entbehren kann. Nur eine Indication kennt er und das ist die Entfernung festhaftender Krusten bei Ozaena. Der Irrigator darf nicht hoch hängen, die Spritze muss horizontal gerichtet sein und Patient darf eine Stunde nicht schnauben; bei diesen Sicherheitsmaassregeln sah er nie Otitis entstehen. Die Fälle von Otitiden aber, die nach der Douche entstehen, scheinen ihm besonders schwere zu sein.

Berthold (Königsberg) führt als Gründe für die Gefahren der Nasendouche bei Neugeborenen und ganz jungen Kindern die relative Weite der Tuben an, bei der das Wasser mit grosser Leichtigkeit in die Paukenhöhle dringen kann, und auch die Leichtigkeit, mit der das Wasser in den Kehlkopf gelangt. Ihm sind Fälle bekannt, in denen nach der Nasendouche bei Kindern Erstickungsnoth, Glottiskrampf, ja selbst der Tod eingetreten sind.

Magnus (Königsberg) erinnert an das von v. Troeltsch angegebene Instrument, welches ungefährlich ist; er selbst lässt die Kranken jedes Mal vor Anwendung der Einspritzung eine tiefe Ein- und Ausathmung machen und hat bei dieser Vorsicht keine Nachtheile von einem lauen Wasserstrahl gesehen.

Zaufal (Prag) legt das Hauptgewicht darauf, dass bei den Patienten durch Ex- und Inspiration früher die Durchgängigkeit geprüft und die Spritze stets in die weniger durchgängige Nasenseite eingesetzt wird; ferner dass Patient angewiesen wird, längere Zeit darnach nicht zu schneuzen.

Moos (Heidelberg) sah einen Fall von schwerer purulenter Otitis durch Missbrauch der Nasendouche entstehen; bacteriologisch wurden Mono- und Diplococcen nachgewiesen.

Guye hebt hervor, dass er nur auf 2 Momente aufmerksam machen wollte. Alle Vorschriften und Rathschläge an die Patienten leiden an dem Mangel, dass der Patient sie eben nicht befolgt.

Politzer (Wien) sah eine schadlose Einwirkung der Nasendouche bei einseitigem, mit chronischem Nasenrachencatarrh combinirten,

Digitized by Google

Mittelohrcatarrh; übrigens glaubt er auch, dass durch die Naseninjectionen das Fortkriechen des Catarrhs vom Nasenrachenraume in das Mittelohr begünstigt wird.

Barth (Berlin) hat öfter beobachtet, dass bei dem so sehr verbreiteten Einschnaufen von Flüssigkeiten letztere in's Mittelohr hineintreten, weshalb er es auch energisch verbietet.

Guye antwortet auf die Bemerkung Politzer's, dass Roosa schon in seiner ersten Publication erwähnt hätte, dass er das wiederholte Eindringen von einzelnen Tropfen in die Tube als eine mögliche Ursache von chronischem Catarrh der Paukenhöhle betrachte.

21) Berthold (Königsberg): Ueber Myringoplastik.

Berthold empfiehlt bei allen unheilbaren Perforationen des Trommelfells die Hauttransplantation nach den bekannten chirurgischen Vorschriften, wie sie Thiersch gegeben hat, zum Verschluss der Lücke. Das Ohr bilde durchaus keine Ausnahme von allen anderen Theilen der Oberfläche des menschlichen Körpers, an welchen auf granulirenden oder frisch zerschnittenen Wundflächen eine Anheilung von frisch geschnittener Haut stattfinden könne. Die Lage der Operationsstelle in der Tiefe des Gehörganges und die Prozesse, welche in der Paukenhöhle ablaufen, machen für die Hauttransplantation bei Trommelfelldefecten noch besondere Maassnahmen nothwendig. — Kleine Defecte des Trommelfells sollen durch die transplantirte Cutis ersetzt werden, wogegen bei fast völligem Verlust des Trommelfells nur ein Stückchen Cutis an Stelle der granulirenden und stets zu erneuter Secretion neigenden Paukenschleimhaut gesetzt werden soll. Bei der ersten Art der Transplantation, der eigentlichen Myringoplastik, wird nach Ablauf der Entzündung und nach vollständiger Sistirung der Secretion ein Stückchen frisch geschnittener Haut auf den angefrischten Perforationsrand gedrückt, welcher bei kleineren Defecten das Ernährungsmaterial zu liefern vermag. B. hat die Einwände von Schwartze und Politzer zur Verbesserung seines Verfahrens berücksichtigt. Die Anfrischung des Perforationsrandes geschieht jetzt durch Abschaben des Epithels mit kleinen Messern*), und dem Einwand Politzer's, dass das mit der Scheere geschnittene Stückchen Cutis sich nicht allseitig dem in verschiedenem Niveau liegenden Perforationsrande anpasse, begegnet B. dadurch, dass er jetzt das Stückchen Haut mit dem Rasirmesser in einer dünnen Lamelle ausschneidet und so eine gleichmässig dünne Membran erhält, die sich jedem Perforationsrande nach Wunsch anschmiegt.

Dass die Eihaut als Ersatz für die Cutis zur Myringoplastik verwendet werden kann, ist durch die neuerdings von Haug angestellten Versuche wieder bestätigt. Trotz der Uebereinstimmung, in der sich B. mit Haug in Bezug auf die Resultate der Implantationsversuche mit Eihaut befindet, kann B. doch nicht den Ausdruck „Organisationsfähigkeit der Schalenhaut des Hühnereies" billigen, da diese Haut nach erfolgter Anheilung an den Perforationsrand durch zellige Elemente, die vom Trommelfell herstammen, substituirt und allmählig resorbirt wird; es handelt sich also um eine Substitution und nicht um eine Organisation der Eihaut.

*) Die Instrumente demonstrirte Berthold in der VIII. Sitzung am 8. August, Vormittags. Ref.

Digitized by Google

Bei grossen Defecten im Trommelfell oder bei totalem Verlust desselben vermag der degenerirte schwache Rest des Trommelfells nicht mehr das erforderliche Ernährungsmaterial zur Anheilung von transplantirter Cutis zu liefern. Hier muss die Aufpfropfung von Haut auf der angefrischten Schleimhaut der Paukenhöhle stattfinden und hat das Verfahren nur den Zweck, eine Cutisschicht an Stelle einer immer zu erneuter Secretion neigenden Schleimhaut zu setzen. Vor der Ausführung der Transplantation ist die verdickte Schleimhaut durch wiederholte galvanocaustische Aetzungen zur Abschwellung zu bringen. Unmittelbar nach der Operation ist die Füllung des Gehörganges mit Borsäurepulver zu empfehlen, weil es die Spuren von Secret, welches an dem transplantirten Stückchen Haut aussickert, aufsaugt uud diese zugleich an die Schleimhaut andrückt. Nach der Heilung tritt in der Regel eine Verbesserung des Gehörs ein.

Schliesslich spricht sich B. noch über den von den Autoren so vielfach gebrauchten Ausdruck „Regeneration des Trommelfells“ aus. Nach der übereinstimmenden Ansicht aller Autoren fehlt in dem Ersatzgewebe eines früheren Trommelfelldefectes stets die Membrana propria, es ist dies daher eine unvollkommene Regeneration des Trommelfellgewebes, für welche die Pathologen das Wort „Narbengewebe“ brauchen.

Da die Zahl der unheilbaren Trommelfellperforationen in jeder stärker besuchten Poliklinik eine sehr grosse ist, so empfielt B. sein Verfahren auf's Wärmste.

Discussion:

Stimmel (Leipzig) hat zahlreiche Heilungen sowohl kleiner als bis hanfkorngrosser Perforationen des Trommelfells, sowie die feste und anhaltende Ueberhäutung mit Epidermis von freiliegender Paukenhöhlenschleimhaut bei völligem Defect des Trommelfells, sogar bei Monate bis Jahre langem Liegen eines aufliegenden Wollkügelchens ebenfalls bestätigt gesehen. Sobald alle Secretion erloschen, die Perforation aber noch nicht geschlossen ist, führt Stimmel ein Mal täglich, allmählig lernen es die Kranken selbst, ein kleines Wattekügelchen direct auf den Defect. Durch das tägliche Herausnehmen dürfte zugleich in Folge des Abreissens einzelner Wattefäserchen eine Wundmachung stattfinden und erklärt er auch die häufig beobachtete Heilung der Perforation hauptsächlich durch diesen Umstand.

Krakauer (Berlin) würde lieber vorschlagen anzufrischen, als wochenlang hinter einander dasselbe Wattekügelchen tragen zu lassen, was ja allen antiseptischen Anschauungen widerspricht.

Berthold betont nochmals, dass die Transplantation von Cutis auf der angefrischten freiliegenden Schleimhaut, bei totalem Verschluss des Trommelfells, nur den Zweck hat, die Schleimhaut mit Cutis zu überkleiden, so dass in diesen Fällen von einem neugebildeten Trommelfell nicht die Rede ist.

22) Giampietro (Rom): Su l'argomento delle otiti suppurative chroniche; — diagnosi e cura.

Nach kurzer Skizzirung der verschiedenen Ohreneiterungen bespricht Giampietro auch noch die Diagnose derselben und befasst sich dann eingehender mit der Therapie. Die trockene Behandlung von Ohreneiterungen perhorrescirt Giampietro, und empfiehlt er bei chronischen

Digitized by Google

Otorrhöen die Anwendung von Douchen mit Sauerstoffgas, welchen er gewöhnlich eine Ausspülung mit einer Bromlösung vorausschickt. Diese Behandlungsweise hält G. für eine souveräne, und soll das Gas immer bei verschlossenem Gehörgang durch die Tube eingeblasen werden.

23) V. Uchermann (Christiania): Taubstummheit, besonders in Norwegen.

Die Zahl der in Norwegen geborenen Taubstummen war (am 1. Januar 1886) 1826 (= 9,5 auf 10,000 Einwohner), davon waren 1028 männlichen und 798 weiblichen Geschlechtes; von den 1826 sind 933 (= 5 pCt.) angeboren taubstumm, 885 (= 48,4 pCt.) aber erworben taubstumm. Von den ersten sind 492 (52,7 pCt.) männlichen und 441 (47,2 pCt.) weiblichen Geschlechtes, von den letzteren aber 532 (60 pCt.) männlichen und 353 (39 pCt.) weiblichen Geschlechtes. — Die angeborene Taubstummheit ist am meisten im westlichen Norwegen und in den inneren Felsenthälern ausgebreitet, wo die Verhältnisse kleine und arme sind, das Leben stillstehend, consanguine Ehen wahrscheinlich häufiger. Die erworbene Taubstummheit ist am meisten im nördlichen Norwegen nach einer Epidemie von Cerebrospinal-Meningitis in den Jahren 1874—1877 ausgebreitet. Einen Zusammenhang zwischen der geologischen Beschaffenheit der Erde, speciell zwischen dem Trinkwasser und der angeborenen Taubstummheit, lässt sich in Norwegen nicht nachweisen. Cretinismus kommt hier nicht vor, Struma nur in einzelnen Strichen, wo Taubstummheit gerade spärlich ist. — Die angeborene Taubstummheit ist am stärksten verbreitet auf dem Lande, die erworbene hingegen in den Städten.

Was die Ursachen der angeborenen Taubstummheit betrifft, ist Erblichkeit sehr hervortretend. In 50 pCt. der Fälle hatte der Taubstumme ein oder mehrere angeborene taubstumme Verwandte, in 25 pCt. der Ehen war mehr als 1 taubstummes Kind geboren, 25 pCt. der Fälle sind in consanguinen Ehen geboren. Die Zahl aller consanguinen Ehen in Norwegen ist nicht bekannt, übersteigt wahrscheinlich nicht 3—4 pCt.; die Frage wird bei der Volkszählung im nächsten Jahr beantwortet werden. In vielen Fällen ist die angeborene Taubstummheit eine ausgeprägt nervöse Krankheit und hängt mit Geisteskrankheit, Idiotismus, Epilepsie und anderen Krankheiten zusammen. Einige Fälle werden wahrscheinlich durch angeborene supperative Otitis media hervorgebracht, andere durch angeborene Rhachitis, wahrscheinlich in Verbindung mit Hydrocephalus.

Die Ursachen der erworbenen Taubstummheit sind Meningitis simplex (20 pCt.) Menigitis cerebrospinalis (12 pCt.), Scharlachfieber (27,5 pCt.), Otitis media suppurativa (7,7 pCt.), Masern (4,4 pCt.), Nervenfieber (2,5 pCt.), Trauma (2 pCt.); in 8 pCt. der Fälle ist die Natur der Krankheit unbekannt. Das männliche Geschlecht ist überwiegend stark repräsentirt bei Meningitis (3—2), Meningitis cerebrospinalis (2—1), Otitis media (2—1), Convulsionen (2—1), Trauma (2—1), Rhachitis (3—1), weniger bei Scharlachfieber (7—6), Nervenfieber (11—8) und Masern (6—5).

Von den untersuchten 270 angeboren Taubstummen waren total taub 78 (30 pCt.), mit Schallgehör 96 (34 pCt.), mit zum Theil Vocalgehör 39 (14 pCt.), mit vollem Vocalgehör, Wortgehör oder Satzgehör 28 + 13 + 20 = 61 (20 pCt.). Von 398 erworben Taubstummen waren total taub 150 (37 pCt.), mit Schallgehör 139 (34 pCt.), mit zum Theil Vocalgehör 45 (11 pCt.),

Digitized by Google

mit vollem Vocalgehör, Wortgehör und Satzgehör 22 + 15 + 27 = 64 (16 pCt.). In beinahe allen Fällen war Rinne +, in den meisten Fällen die Knochenleitung aufgehoben.

Wenn frühere Beobachter zum Theil zu anderen Resultaten gekommen sind, beruht es wahrscheinlich auf einer Verwechslung von Laut und Gefühl.

24) Holger Mygind (Kopenhagen): Ergebnisse einiger Untersuchungen über Taubstummheit in Dänemark.

In Dänemark war schon im Jahre 1817 obligatorischer Unterricht für alle Taubstumme eingeführt und jeder wurde alljährlich vom Pfarrer seiner Gemeinde in einem Fragebogen eingetragen. Letzterer war verschieden abgefasst, je nachdem die Verzeichnung zum ersten oder wiederholten Male geschah; im ersten Falle sollte eine Menge Fragen betreffs der Aetiologie der Taubstummheit beantwortet werden, im zweiten wurden Aufklärungen über die persönlichen Verhältnisse (Beschäftigung, Ausbildung, Ehestand) gesucht.

Mygind hatte sämmtliche im Jahre 1886 an die dänische Regierung eingesandten Fragebogen bearbeitet, und waren die wichtigsten Ergebnisse folgende: Im Jahre 1886 fanden sich im Ganzen 1255 Taubstumme (63,7 auf 100,000 Einwohner); auf 100,000 männliche Einwohner kamen 66,6, auf ebensoviel weibliche kamen 60,9 Taubstumme; das numerische Verhältniss zwischen männlichen und weiblichen Taubstummen war 100 : 94,9, während sich das Verhältniss zwischen den männlichen und weiblichen Individuen der gesammten Bevölkerung wie 100 : 103 stellte. Das Uebergewicht des männlichen Geschlechtes der Taubstummenbevölkerung war unter den Zwanzigern nicht hervorragend (100 : 73,6), während sich über ein sechszigjähriges Alter mehr taubstumme Frauen als Männer zeigten. — Obschon die meisten taubstummen Kinder unter dem 8. Jahre nicht angemeldet werden, fanden sich doch verhältnissmässig mehr Taubstumme unter 20 Jahren, als unter der übrigen Bevölkerung. Mygind will dies theils einer geringen Sterblichkeit (namentlich hygienischen Verhältnissen in Taubstummenanstalten), theils und besonders einem plötzlich stärkeren Zufluss zur Taubstummenbevölkerung von 1870—1875, wesentlich durch kleinere Epidemien von Meningitis cerebrospinalis hervorgerufen, zuschreiben. Die Sterblichkeit der Taubstummen fand Mygind beinahe vollständig so, wie bei der socialen Classe überhaupt, der sie angehören. Betreffs der Verbreitung der Taubstummheit in den verschiedenen Theilen Dänemarks fand Mygind, dass die grössere Ausdehnung der Taubstummheit in den Landdistricten nur anscheinend ist, hervorgerufen durch eine unrichtige Art und Weise der Feststellung des Taubstummen-Quotienten; die Verbreitung in den verschiedenen Landdistricten, deren Bevölkerung $^3/_4$ der ganzen dänischen Einwohnerstaft ausmacht, wechselte sehr verschieden (36,9 bis 109). Diese Ungleichheiten waren nicht durch endemische, sondern wesentlich durch epidemische Verhältnisse hervorgerufen (namentlich Scharlachfieber und Genickkrampf).

Mit Rücksicht auf die Ehen der Taubstummen fand man, dass nur 29,4 pCt. der taubstummen Männer im Alter über 20 Jahre, und nur 18 pCt. der taubstummen Frauen gleichen Alters verehelicht waren. Unter diesen Ehen waren diejenigen, wo der Mann allein taubstumm war, die häufigsten, darnach folgten diejenigen, wo Beide taubstumm waren. Unter letzt-

Digitized by Google

erwähnten Ehen waren auffallend viele steril, und die Fruchtbarkeit war im Ganzen sehr gering; auch in den anderen Ehen, wo nur Einer von Beiden taubstumm war, war die Fruchtbarkeit geringer, als bei der übrigen Bevölkerung. Keines der in diesen Ehen gezeugten Kinder war taubstumm.

Discussion:

Uchermann (Christiania) hält blos die angeborene Taubstummheit für die Wissenschaft von grösserem Interesse, und will dieselbe von geologischen und socialen Verhältnissen studirt wissen.

(Schluss folgt.)

Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Bremen 1890.

Von

Dr. **Th. Koll** in Aachen.

In Folge des X. internationalen medicinischen Congresses, welcher erst im August d. J. in Berlin stattgefunden, war die Betheiligung an den medicinischen Sectionen der diesjährigen Naturforscher-Versammlung meist eine wesentlich geringere, als in früheren Jahren.

Es fand daher in der Section für Ohrenheilkunde nur eine Sitzung am 16. September statt. Zum Vorsitzenden derselben wurde Professor Walb, Bonn, gewählt, zum Schriftführer Dr. Düsterwald, Bremen.

1) Dr. Becker, Bremen: Ueber die Wirkungen der Seeluft und der Seebäder bei Erkrankungen des Mittelohres.

Bei den vielfach widersprechenden Angaben der Autoren über die Wirkung der Seeluft und der Seebäder bei Ohrenleiden hält es der Vortragende von Interesse, seine diesbezüglichen Beobachtungen mitzutheilen, zu welchen ihm in Bremen häufige Gelegenheit geboten.

Während die meisten Ohrenärzte den Seebädern jeden günstigen Einfluss bei Mittelohrerkrankungen absprechen und vor dem Gebrauche derselben unbedingt warnen, hat Becker bei einzelnen Krankheitsformen auch sehr günstige Resultate gesehen. Nachdem er den wesentlichen Unterschied der Wirkung der Nord- und Ostseebäder betont, bespricht er seine Erfahrungen bei den verschiedenen Erkrankungen des Mittelohres.

Acute Mittelohrerkrankungen wurden nicht nur durch die Seebäder, sondern auch durch den Aufenthalt an der See meist ungünstig beeinflusst. Eine Ausnahme bildeten jedoch acute Tubenschwellungen, sowie diejenigen acuten Mittelohrcatarrhe, in welchen sich nach Paracentese des Trommelfells das Exsudat wiederholt rasch ansammelte. In diesen Fällen war bei Aufenthalt an der See eine rasche Resorption zu constatiren. Der Einfluss der Seeluft in Verbindung mit warmen Bädern zeigte sich ferner stets günstig bei Mittelohreiterungen in Folge von Infectionskrankheiten.

Bei chronischen Mittelohreiterungen sah der Vortragende namentlich

Digitized by Google

bei scrophulösen Kindern durch den Aufenthalt an der Seeküste und warme Seebäder, ja sehr häufig auch durch kalte Seebäder glänzende Wirkung. Eine Verschlimmerung hat er durch letztere, wenn nur die Vorsicht gebraucht wurde, den Gehörgang zu verstopfen, niemals gesehen. Am schwierigsten ist bei chronischen, trockenen Mittelohrcatarrhen im Voraus zu bestimmen, wie der Aufenthalt an der See wirken wird.

Da nur in ganz vereinzelten Fällen ein günstiges Resultat zu sehen, wird man diese Krankheitsformen niemals zur Cur an die See schicken.

Bei Sclerose des Mittelohres ist das Baden stets zu verbieten. Von einer blossen Luftcur soll eine Zunahme der Schwerhörigkeit nicht zu befürchten sein, wohl aber eine Verschlimmerung der subjectiven Gehörsempfindungen. Wegen dieser letzteren Gefahr ist solchen Kranken von einem Aufenthalt an der See abzurathen, bei welchen die Schwerhörigkeit schon bedeutend und die Geräusche stark und continuirlich sind. In weniger fortgeschrittenen Fällen, in welchen die Geräusche gering oder nur sporadisch auftreten, glaubt Becker den Aufenthalt an der See unbedenklich gestatten zu können.

An der Discussion betheiligen sich Dr. Koll, Aachen, Prof. Kiesselbach, Erlangen, und Prof. Walb, Bonn.

Dr. Koll hat häufig Gelegenheit, die Wirkung der Nordseebäder und des Aufenthaltes an der Nordsee zu beobachten, indem von Aachen und Umgebung die belgischen Seebäder vielfach zur Sommerfrische aufgesucht werden. Vor dem Gebrauche der kalten Seebäder ist nach den Erfahrungen Koll's bei Ohrenkrankheiten unter allen Umständen zu warnen. Alljährlich kehren viele Ohrenkranke mit Verschlimmerung oder einem Recidive ihres Leidens vom Seebade zurück, welches sie ohne Vorwissen oder trotz der Abmahnung des Arztes aufgesucht hatten, und zur Zeit der Badesaison kommen stets zahlreiche acute Erkrankungen des mittleren und äusseren Ohres in Zugang. Die Gefahren der Seebäder für das Ohr sind daher keineswegs so gering anzuschlagen, wie dieselben von manchen Aerzten der Seebadeorte dargestellt werden. Unter den Verhaltungsmaassregeln beim Gebrauch der Seebäder sollten stets auch solche aufgeführt werden, wie das Ohr im Bade zu schützen.

Der Aufenthalt an der Seeküste kann indessen unter Umständen bei Ohrenleiden auch nutzbringend sein. So konnte Koll die gelegentliche Beobachtung machen, dass nach längerem Verweilen an der See zuweilen eine Abnahme quälender Ohrgeräusche bei Mittelohrcatarrhen eintrat, wenngleich in solchen Fällen die Verordnung eines Höhencurortes entschieden vorzuziehen.

Prof. Kiesselbach ist der Ansicht, dass die Entstehung von Mittelohrentzündungen im Seebade hauptsächlich auf das Eindringen von Seewasser in die Tube beim Verschlucken desselben zurückzuführen. Bei den sog. trockenen Mittelohrcatarrhen hält Kiesselbach den Aufenthalt an der See stets für contraindicirt.

Prof. Walb hat wiederholt Fälle gesehen, bei welchen im Seebade durch Aufschnaufen und Schlucken von Seewasser acute Mittelohrentzündungen entstanden waren. In einem Falle kam es von Seiten des Patienten zur Klage gegen die Unfallversicherung. Chronische Mittelohrcatarrhe werden meistens nach den Erfahrungen Walb's an der See verschlimmert.

Digitized by Google

Gelegentlich beobachtete Veränderung der Geräusche beruht auf der allgemeinen Stärkung des Nervensystems, die auf andre Weise erreicht werden kann, ohne den Patienten der Gefahr des Aufenthaltes an der See auszusetzen.

2) Dr. Loewe, Berlin: Eine neue Verbandmethode für das Ohr.

Vortragender bespricht die schon im Wesentlichen von demselben in dieser Monatsschrift No. 10, 1888 und No. 6, 1890 angegebene Methode, wie dieselbe nach seiner Angabe gegenwärtig von ihm mit dem günstigsten Erfolge ausgeführt wird.

Das Verfahren beginnt mit der gründlichen Reinigung der gesammten Strecke, welche zwischen äusserer Nasen- und äusserer Ohröffnung gelegen ist. Dies geschieht durch Anwendung der Nasendouche und „forcirte" Ausspritzung des Ohres mit ½procentiger Kochsalzlösung. Darauf Ausfüllen des ganzen Gehörgangs mit hydrophiler Watte und kräftige Ausführung des Politzer'schen Verfahrens. Nach Entfernung des Wattetampons wird das Ohr sorgfältig ausgetrocknet. Event. liegen gebliebene Cerumen- und Epithelmassen müssen erst durch 24stündiges Einlegen in Oel getauchter Tampons noch erweicht und dann ausgespritzt werden.

Nach so erfolgter vollständiger Reinigung des Ohres ist das Verfahren nach der Beschaffenheit des Secretes ein verschiedenes. — Bei serösem Secret genügt es, den Gehörgang mit reiner Verbandwatte auszutamponiren. Heilung eines serösen Trommelhöhlencatarrhs soll unter dem Verbande nach 2—4maliger Wiederholung desselben erfolgen.

Bei schleimiger oder schleimig-eitriger Absonderung muss, da der Schleimgehalt des Secretes der capillaren Attraction unzugänglich ist, ein Desinficiens (Borsäure) zwischen Tampon und Schleimhaut eingeschaltet werden, um die Schleimklumpen vor Zersetzung zu bewahren.

Je nach Stärke und Beschaffenheit der Secretion bedarf der Verband 1—2 Mal täglich oder erst in mehreren Tagen der Erneuerung.

Als Resultat der Verbandmethode rühmt der Vortragende das schnellere Versiechen der Secretion, sowie rasches Abblassen und Abschwellung der entzündeten Schleimhaut. Ist dieser Zustand erreicht, so wird der Tampon auf eine ganz dünne (noch nicht millimeterdicke) Wattelage reducirt, welche unbegrenzte Zeit liegen bleiben kann und unter welcher häufig eine mehr oder weniger vollständige Regeneration der Trommelfelllücke erfolgt.

3) Dr. Loewe, Berlin: Die Eröffnung des oberen Trommelhöhlenraumes vom äusseren Gehörgange aus.

Bei denjenigen Mittelohreiterungen, bei welchen in Folge vorhandener Complicationen die Tamponade nicht zum Ziele führt, öffnet der Vortragende neuerdings die oberen Trommelhöhlenräume vom Gehörgange aus, ehe er sich zur Entfernung der Gehörknöchelchen entschliesst. Zur Operation bedient er sich der zahnärztlichen Bohrmaschine mit 4 verschiedenen Ansatzstücken, welche ein fast schmerzloses Operiren gestatten sollen, so dass die Narcose entbehrlich.

4) Prof. Walb, Bonn: Weitere Beobachtungen über Perforationen der Membrana flaccida.

Im Anschlusse an die früheren Mittheilungen über die Perforationen

Digitized by Google

der Membrana flaccida, wie dieselben theils von dem Vortragenden selbst, theils von dessen Schülern veröffentlicht wurden, giebt Walb weitere Details an, die er bei dem genannten Krankheitsprocesse beobachtet hat. In manchen Fällen, namentlich wenn bereits ein grösserer rundlicher Defect oberhalb des Processus brevis entstanden, fand sich in der Oeffnung eine leicht vorgewölbte, rothe Geschwulst, die beim ersten Anblick eine Granulationswucherung oder Polypenbildung vortäuschen konnte. Bei genauerer Untersuchung, namentlich mit der Sonde, zeigte sich diese Partie als eine Umstülpung der abgelösten und oft noch weiter nach oben freiliegenden Schleimhaut des Kuppelraumes.

Zwischen der abgelösten Schleimhaut und der blanken Knochenwand fanden sich häufig Ablagerungen eingedickter Eiter- und Epithelmassen.

Walb vermuthet, dass es sich bei diesen Defecten der Membrana flaccida vorwiegend um solche Fälle handelt, in welchen der Process durch eine Verschwärung im äusseren Gehörgange seinen Ursprung nahm.

Bei dem Zustandekommen der vielfach noch nicht aufgeklärten Verhältnisse bei den chronischen Erkrankungen des Kuppelraums der Paukenhöhle erscheint der von Walb beobachteten Ablösung und Umstülpung der Schleimhaut eine wichtige Rolle zuertheilt, da hierdurch Abkapselungen und membranöse Abtrennungen von Abschnitten dieses Raumes entstehen können, wie Hartmann dieses auf der 61. Naturforscher-Versammlung in Köln an diversen Präparaten bei Perforation der Shrapnell'schen Membran demonstrirte.

In therapeutischer Beziehung ist die Differential-Diagnose zwischen Ablösung der Schleimhaut und Granulationswucherung von Wichtigkeit, da Anätzungen und Zerstörung der abgelösten Partie irrig sein würden. Bei frühzeitiger Behandlung kann sich die abgelöste Schleimhaut wieder anlegen.

5) Prof. Kiesselbach, Erlangen: Demonstration von Instrumenten für Operationen in der Nase.

Unter den nach Angabe des Vortragenden verfertigten Instrumenten sind besonders ein Doppelmeissel und eine Kniescheere mit gekreuzten Branchen als sehr zweckentsprechend hervorzuheben.

6) Prof. Kiesselbach: Zur Functionsprüfung des Gehörorganes.

Redner bespricht einige Ursachen, weshalb mit den verschiedenen Methoden der Functionsprüfung des Ohres bisher noch so wenig verlässliche Resultate zu erzielen sind. Vor Allem führt zu widersprechenden Ergebnissen die Verschiedenheit der Dauer der Knochenleitung im Verhältniss zur Dauer der Luftleitung selbst bei Stimmgabeln von gleicher Gestalt und Tonhöhe, ferner die Veränderung dieses Verhältnisses bei jeder Stimmgabel durch Belastung.

Auch die Angaben über das relativ häufige Nichthören hoher Töne scheinen vielfach darauf zu beruhen, dass bei den zur Hörprüfung verwendeten Instrumenten die Intensität der hohen Töne eine viel geringere ist, als die der mittleren und tieferen Töne.

Nach Erledigung der Themata beschliesst die Versammlung, da weitere Vorträge nicht angemeldet waren, sich in corpore mit der laryngologischen Section zu vereinigen.

Digitized by Google

In die Präsenzliste hatten sich die folgenden Theilnehmer der Section eingetragen:

Prof. Walb (Bonn), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Dr. Koch (Braunschweig), Dr. Koll (Aachen), Dr. Attensamer (Würzburg); Dr. Becker (Bremen), Dr. Düsterwald (Bremen), Dr. Draudt (Darmstadt), Dr. Loewe (Berlin), Dr. Noltenius (Bremen), Dr. Pluder (Hamburg).

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Othaematoma auriculae

wurde 2 Mal beobachtet und heilte ein Mal nach Incision per primam, ein Mal auf Jodbepinselung und Druckverband. Hier folgt die Krankengeschichte eines Patienten, der erst in einer der letzten Decemberwochen des Jahres 1888 in Behandlung kam und daher im Berichte dieses Jahres noch nicht angeführt werden konnte.

Es erschien im Ambulatorium ein 44jähriger, geistig und auch körperlich sonst völlig gesunder Mann wegen einer an der rechten Ohrmuschel befindlichen Geschwulst, die er erst vor einigen Tagen zufällig an sich bemerkt haben will, da selbe absolut keine Beschwerden bereitete und auch durch ihre Grösse ihm bis dahin nicht aufgefallen war. An eine wie immer geartete traumatische Einwirkung auf das erkrankte Ohr wusste sich Patient nicht zu erinnern. Die Geschwulst selbst präsentirte sich als eine haselnussgrosse, deutlich fluctuirende, weder spontan, noch auf Druck irgendwie schmerzhafte Vorwölbung, die in typischer Weise blos den oberen vorderen Theil der Ohrmuschel occupirte. Die Hautbedeckung über der Geschwulst bot keine Veränderung dar. Mittelst unter antiseptischen Cautelen vorgenommener Incision wurde der serösblutige Inhalt der Geschwulst entleert und hierauf nach Einführung von Jodoformgaze der übliche Druckverband angelegt. Da Patient am folgenden Tage Schmerzen hatte, wurde der Verband gelüftet, dabei zeigte sich die Ohrmuschel sowie die Umgebung des Ohres von erysipelatöser Röthe und Schwellung eingenommen. Patient wurde angewiesen, Umschläge mit Liqu. Burowii zu machen und nach mehrtägiger Application derselben gingen die Erscheinungen zurück. Es wurde nun neuerlich die mässig eiternde Wunde mit Jodoformgaze ausgefüllt und ein Occlusivverband angelegt. Da jedoch Patient abermals über heftige Schmerzen klagte, wurde der Verband nach 24 Stunden wieder entfernt und es bot sich uns nach dessen Abnahme dasselbe Bild dar, wie wir es am Tage nach der stattgehabten Incision beobachtet hatten. Der Sondirung der Wunde, die das Vorhandensein von rauhen Knorpelrändern ergab, folgte eine unter ziemlich hohem Drucke ausgeführte Carbolirrigation derselben und es stiessen sich bei dieser Procedur einzelne kleinere und ein grösseres

Digitized by Google

necrotisch gewordenes Knorpelstück ab. Die noch vorhandenen Entzündungs-Erscheinungen wurden antiphlogistisch behandelt und beseitigt und unter Jodoformtamponade und Druckverband erfolgte innerhalb drei Wochen vollkommene Heilung der Wunde unter Zurücklassung einer im Niveau der angrenzenden Haut befindlichen Narbe, die sich nach mehreren Wochen ohne merkliche Deformation der Ohrmuschel ein wenig retrahirt hatte.

Missbildung der Ohrmuschel.

Cäcilia Stelzhammer, 4 Mon., Bauernkind aus Oberösterreich, wurde am 28. März von Herrn Prof. E. Fuchs an meine Klinik gesandt. Die Anamnese ergiebt, dass das Kind 9 Monate vollständig ausgetragen wurde; 7 Geschwister sind durchaus normal gebildet. Das Kind ist schwächlich, blass, die Nase platt, flach, der l. Flügel etwas nach oben gezogen. Es athmet continuirlich bei offenem Munde, wie die Wärterin angiebt, auch während des Schlafes. Es scheint, dass die leichte Eröffnung des Mundes für die Athmung nicht ausreicht, da das Kind mit Unterbrechungen von wenigen Secunden immer den Mund aufreisst, wie zur Gähnbewegung. Das rechte Auge ist in allen seinen Theilen normal entwickelt, die Augenbrauen an der normalen Stelle. Der linke Bulbus hingegen ist von den total verschmolzenen Lidern bedeckt. Hinter dieser Hautdecke ist der Bulbus durchfühlbar und theilweise verräth er sich sogar durch einen höckerigen Vorsprung. Dass dieses Gebilde gewiss der Bulbus ist, leuchtet aus den deutlich wahrnehmbaren, mit dem Bulbus der r. Seite synergisch bemerkbaren Bewegungen desselben ein. Ungefähr von der Mitte des oberen Orbitalrandes dieser Seite zieht die deutlich ausgebildete Augenbraue in schräger Richtung nach hinten oben bis zur behaarten Kopfhaut der Schläfengegend, ohne deutliche Grenze nach oben. Die linksseitige Ohrmuschel zeigt eine Höhe von 30 Mm. vom äussersten oberen Rande bis zum untersten Ende des Läppchens gemessen, die Breite von der vordersten Insertion des deutlich markirten Helix bis zum hinteren Rande misst 19 Mm. Das Läppchen, der Tragus und Antitragus sind normal entwickelt. Ebenso die Concha mit der Crista helicis; dagegen läuft der Antihelix nach oben blos in einen Schenkel aus, so dass die Fossa intercruralis mangelt. Die Hauptanomalie besteht darin, dass der obere Theil der Ohrmuschel von der Seitenwand des Schädels nicht absteht, sondern, dass die Haut von der Seitenwand des Schädels sich in continuo auf die Muschel fortsetzt, jedoch so lax ist, dass die Muschel als Ganzes auch an der oberen Partie von der Schädelfläche auf grössere Distanz abgezogen werden kann. Die unteren zwei Drittel der ganzen Ohrmuschel hingegen stehen normaliter von der Seitenwand des Schädels ab. Der Eingang in den äusseren Gehörgang misst ungefähr 3 Mm. im Durchmesser und ist kreisrund. In der Richtung der normalen Gehörgangsaxe kann man durch dieselbe eine geknöpfte Sonde über 1 Cm. tief vorschieben, ohne auf Widerstand zu stossen. In der Umgebung dieses Ohres ist sonst keine Abnormität wahrnehmbar. Bei der Bewegung des Unterkiefers zeigt sich weder eine Verengerung, noch eine Erweiterung des Gehörganges.

R. O. Dem Aeussern nach ist die Form und Grösse der rechten Ohrmuschel ganz gleich der der linken. Der Unterschied besteht nur darin, dass die Verwachsung des oberen Theiles der Ohrmuschel, wie sie

Digitized by Google

durch das Uebertreten der Cutis von der Seitenwand des Schädels auf die Ohrmuschel linkerseits geschildert wurde, am rechten Ohr noch viel deutlicher wahrnehmbar ist. Während man nämlich am linken die Cutis so lax findet, dass man die ganze Muschel von der Seitenwand noch abziehen kann, zeigt sich die Haut rechterseits stramm gespannt, so dass ein Abziehen des oberen Muscheltheiles nicht möglich ist. Der Gehörgang dieser Seite ist nicht weiter, als der der anderen. — Beim Versuche, die Nasengänge mit der Sonde zu passiren, kann dieselbe durch den unteren Nasengang auf 3 Ctm. beiderseits nach hinten geschoben werden, bis sie auf Widerstand stösst. Es scheint jedoch an den Choanen eine bedeutende Abnormität vorzukommen, worauf die früher angedeutete Athmungsart des Kindes deutet. Ueber das Hörvermögen des Kindes kann bei dem zarten Alter desselben mit Sicherheit kein Ausspruch gefällt werden. Wurde eine tönende Stimmgabel auf den Scheitel des Kindes gesetzt während es weinte, beruhigte es sich, den Bulbus ruhig haltend, als würde es horchen. — Die Eltern bekamen die Weisung, das Kind von Jahr zu Jahr an der Klinik vorzustellen.

Fistula auris congenita

kam in 3 Fällen zur Beobachtung: 2 Mal linkerseits, ein Mal beiderseits. In einem Falle kam es öfters zu Entzündungen des die Fistel umgebenden Zellgewebes.

I. Am 6. April suchte die 18jährige Kleidermacherin F. S. das Ambulatorium wegen beiderseitiger Otitis media suppurat. chronic. auf. Ausser diesem Leiden fand sich links 14 Mm. über dem Tragus, 5 Mm. vor dem absteigenden Helixrande eine Fistelöffnung, in welche die Sonde 4 Mm. tief eindrang, und aus welcher sich ein rahmiger weisser Inhalt ausdrücken liess.

II. J. K., Stationsaufseher, kommt am 15. Juli mit der Klage, öfters an Entzündungen in der Umgebung einer Fistel vor dem Ohre zu leiden. Seit 6 Wochen soll wieder eitrige Secretion aus derselben bestehen und Schwellung der ganzen rechten Gesichtshälfte. An der gewöhnlichen Stelle fand sich über dem Tragus ein 1 Ctm. langer Fistelgang, zwischen ihm und Crista helicis ein haselnussgrosser Zellgewebsabscess, der keine Communication mit der Fistel zeigte. Die Hautdecken waren bis zur Stirne hin oedematös, Patient fieberte mässig und klagte über starke Schmerzen. 15. Juli: Abscessöffnung. 19. Juli: Stichöffnung verklebt, Oedem und Schmerzen geschwunden. Patient wird geheilt entlassen.

Im dritten Falle war die Ohrfistel beiderseits bei einem Patienten gefunden worden, der die Klinik wegen sclerosirender Mittelohrentzündung aufsuchte.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die elektrische Reaction des Nervus acusticus und ihre graphische Darstellung. Von Dr. Giuseppe Gradenigo. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 28, 3. und 4. Heft.)

Die Schlüsse, die der verdiente Autor aus früheren Untersuchungen über die elektrische Prüfung des Nervus acusticus gezogen hatte, haben manche Einwendungen hervorgerufen, die Gradenigo bewogen, eine neue Reihe von Beobachtungen an der Hand eines reichen klinischen Materiales anzustellen, wobei ihm besonders zwei Fragen vorschwebten, in

Digitized by Google

denen eine Einigung noch nicht erzielt ist. Die erste formulirt er: Wie verhält es sich mit der elektrischen Anspruchsfähigkeit des Nervus acusticus bei gesunden Individuen? Während G. eine elektrische Reaction bei Gesunden nur in 4—6 pCt. der Fälle erhalten hatte, behauptet Laroche,*) dass man diese Reaction fast immer erzielen könne. Benedikt**) stellte sich mit folgender Bemerkung auf denselben Standpunkt: „Seit 20 Jahren greife ich mehrmals im Jahre bei Gelegenheit meiner Vorlesungen aus den gerade anwesenden Ambulanten einige Gehör-gesunde Individuen heraus, und unter diesen findet sich gewöhnlich der Eine oder der Andere, bei dem eine volle Formel nachzuweisen ist, während bei Anderen mehr oder minder vollständige Formeln erscheinen".

Pollak und Gärtner***) hingegen behaupten, dass es fast ausnahmslos nicht gelingt, eine Reaction bei gesunden Individuen hervorzurufen. Gradenigo untersuchte nun 200 Personen, von denen sich 69 für Ohr-gesund erklärten. Von diesen erkannte G. 24, demnach mehr als ein Drittel, als nicht gesund. Von den 45 Gesunden konnten 6 nicht geprüft werden, von den restirenden 39 erhielt G. eine Reaction in 5 Fällen, d. i. 12,82 pCt.; gewöhnlich mussten dabei Stromstärken von 10—16 M. A., stets solche über 6 M. A. angewendet werden. Von den 24 als nicht gesund erkannten Personen erhielt G. eine Reaction bei 14, d. i. 58,16 pCt. stets mit einer Stromstärke unter 6 M. A.

Andererseits fand G. in 27 ohne Auswahl genommenen Fällen von Nervenerkrankungen verschiedener Art bei normaler Hörfunction eine vortreffliche Reaction bei 8 Fällen, d. i. 29,62 pCt., bei Verwendung einer schwachen Stromstärke und schliesst aus diesen Beobachtungen mit vollkommener Berechtigung, dass wegen der grossen Häufigkeit der Krankheiten des Hörorganes und des Nervensystemes beim Studium des Verhaltens des Hörnerven gesunder Personen gegenüber elektrischen Reizen alle jene Beobachtungen nicht berücksichtigt werden können, bei welchen man nicht früher durch aufmerksame functionelle und objective Untersuchung festgestellt hatte, dass diese Individuen thatsächlich auch gesund waren.

Die zweite Frage formulirt Gradenigo folgendermassen: „Hängt die leichte Reaction des N. acusticus hauptsächlich von der Verminderung des Leitungswiderstandes im Ohre, oder von einer Steigerung der elektrischen Erregbarkeit des Nerven ab?"

Während Gradenigo auf Grund früherer Untersuchungen die leichte Reaction von einer erhöhten Erregbarkeit des Acusticus ableitete, kamen Pollak und Gärtner (l. c.) zu dem Resultate, dass die elektrische Anspruchsfähigkeit dieses Nerven abhänge 1) von der Erregbarkeit des Nerven durch elektrische Ströme, 2) von den Widerstandsverhältnissen im Ohre, welche durch die bei Entzündungen des Gehörorganes auftretende Hyperämie und Durchfeuchtung der Gewebe, durch die Anwesenheit von Flüssigkeit in der Paukenhöhle und Defecte des Epithels wesentlich verringert würden. Dieser Meinung schliesst sich auch Benedikt (l. c.) und M. Bernhardt an.

*) Internationaler otolog. Congress in Brüssel 1888.
**) Internat. clin. Rundschau 1888.
***) Wien. clin. Woch. 1888, 31. 32.

Digitized by Google

Da G. fand, dass bei der inneren Application pathologische Veränderungen der Paukenhöhle das Eindringen des galvanischen Stromes viel eher werden modificiren können, als bei der von Pollak und Gärtner geübten äusseren Application, glaubt er die Frage folgendermassen formuliren zu müssen: „Können die Leitungsverhältnisse des Mittelohres, und wenn, in welchem Masse, bei Anwendung der äusseren Applicationsmethode, die Reactionsmodalitäten des N. acusticus beeinflussen?“

Die Resultate einer neuen diesbezüglich angestellten Untersuchungsreihe sind folgende:

a) Bei 30 Patienten mit Otitis media catarrh. ac. und chron., mit und ohne Erguss fand er Reaction 3mal = 10 pCt.
b) Bei 35 Patienten mit Otitis media suppurativa mit und ohne Perforation des Trommelfelles fand er leichte Reaction 35mal = 100 pCt.
c) Bei 8 Patienten mit abgelaufener Mittelohreiterung, wo zum Theil Perforationen und Zerstörungen am Schallleitungsapparate zurückgeblieben waren, fand er Reaction 2mal (mit Stromstärken über 6 M. A.) = 25 pCt.
d) Bei 2 Patienten mit Ostitis mastoidea keine Reaction = 0 pCt.
e) Bei 8 Patienten mit Vertigo Menière fand er immer leichte Reaction, immer bei Stromstärken unter 2 M. A. = 100 pCt.
f) Bei Ankylosis stapedio-vestibularis traumatica (?) in 3 Fällen immer Reaction = 100 pCt.
g) Bei 9 Patienten mit Otitis interna leichte Reaction in sämmtlichen Fällen = 100 pCt.

G. erhielt demnach bei Ohrerkrankungen eine Reaction in 60 pCt. der Fälle.

Diese Resultate erlauben zu schliessen, dass man bei ganz erloschenen Entzündungsprozessen des äusseren und inneren Ohres keine Reaction erhalte, wohl aber bei den florirenden Entzündungen im mittleren und inneren Ohre. Bei den acuten und chronischen, trockenen, oder exsudativen Catarrhen des Mittelohres, ferner in Fällen von Fortpflanzung derselben auf das innere Ohr zeigte sich die elektrische Anspruchsfähigkeit des Hörnerven nicht verschieden von jener unter normalen Verhältnissen.

Auch auf 29 Patienten, die normale Hörweite hatten, aber mit Nervenkrankheiten behaftet waren, erstreckten sich diese Untersuchungen.

In 6 Fällen von wahrscheinlichem Hirntumor fand G. leichte Reation = 100 pCt.

In 3 Fällen von Kopfverletzung ebenfalls = 100 pCt.

In 1 Fall von Facialparese nach Meningitis ebenfalls = 100 pCt.

Keine Reaction bekam er bei 3 Fällen essentieller Opticus-Atrophie, 3 Fällen von Brightischer Retinitis, 5 Fällen von luetischer Retinochorioideitis, 3 Fällen von Tabes, 1 Fall von Intoxicatio saturnina, 1 Fall von multipler Sclerose, 1 Fall von Basedow, 2 Fällen von Hysterie.

Die Beständigkeit und Leichtigkeit, mit welcher man bei eitrigen Mittelohrentzündungen die Reaction erzielen könne, würden sowohl die Hypothese Pollak's und Gärtner's, als auch die Gradenigo's rechtfertigen. Bei den catarrhalischen Affectionen (bei denen das innere Ohr

Digitized by Google

viel weniger in Mitleidenschaft gezogen werde, als bei den eitrigen Entzündungen) habe sich die Anspruchsfähigkeit des N. acusticus nicht gegen die Norm erhöht gezeigt, in Fällen also, wo die Leitungsverhältnisse in der Paukenhöhle durch Exsudat die denkbar günstigsten geworden wären. Und wenn schon diese Beobachtungen gegen die Pollak-Gärtner'sche Hypothese sprächen, so lasse sich diese noch schwerer mit dem Verhalten des Acusticus bei den Affectionen des inneren Ohres, bei denen sie noch viel leichter und beständiger zu erhalten sei, als bei den Entzündungen des Mittelohres, vereinbaren.

Schliesslich lasse sich das Fehlen der Reaction bei den Ausgängen der schweren Eiterungsprozesse der Trommelhöhle und das Vorhandensein ausgezeichneter Reaction bei gewissen Hirnkrankheiten gar nicht mit der Pollak'schen Interpretation in Einklang bringen. G. ist daher der Ueberzeugung, dass für die grösste Anzahl der Fälle leichter Reaction in der Steigerung der Reizbarkeit des Nerven die Ursache gesehen werden müsse.

Andererseits lehrten G. diesbezügliche Experimente, dass die physikalischen Zustände des äusseren Gehörganges, des Trommelfelles und der Trommelhöhle bei Anwendung der äusseren Methode keinen nennenswerthen Einfluss auf die Modalitäten der elektrischen Reaction des N. acusticus äussern. Auch erinnert G. an die Experimente von Kahler*), der fand, dass Hyperämie und Anämie am Kaninchenohre den Leitungswiderstand gar nicht beeinflussten, sowie an die von Silva und Pescarolo**), welche fanden, dass bei Exanthemen der Hautwiderstand nach Eintritt der Exsudation eine bedeutende Steigerung erfährt. Nach alledem hält G. seine Meinung über die diagnostische Wichtigkeit einer elektrischen Prüfung des N. acusticus z. B. für Mitbetheiligung desselben bei endocraniellen Erkrankungen aufrecht.

Der anatomische Beweis für seine Anschauung gelang Gradenigo im Falle der Luiza G.,***) welche in vivo bei intakter Hörweite leichte Reaction beider Acustici gezeigt hatte und welche 25. 11. 88 an Meningitis basilaris starb. Inneres, mittleres und äusseres Ohr waren normal, die Stämme des Acusticus und Facialis waren jedoch an ihren Eintrittsstellen in den Meat. ac. int. verdünnt. Die mikroskopische Untersuchung ergab kleinzellige Infiltration, wahrscheinlich durch Stase im Lymphgefässsystems durch Hydrocephalus erzeugt, welche zwar nicht hinreichend war, die Functionsfähigkeit des Hörnerven merklich zu behindern (?), wohl aber, um seine elektrische Erregbarkeit zu steigern.

Schliesslich zeigt G durch instructive Beispiele, dass sich die vielfachen Modalitäten der elektrischen Reaction des N. acusticus sehr gut zur graphischen Darstellung eignen, da hierbei lange Reihen von schwer zu enträthselnden Ziffern durch genaue und klare Aufzeichnungen ersetzt sind.

Gomperz.

---

*) Zeitschrift für Heilkunde 1888.
**) Turiner Clinik, erscheinen demnächst.
***) Erkrankungen des N. acusticus, A. f. O. 1888, Beobacht. VI.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes bei Erwachsenen. Von Dr. Patrzek, Oppeln. (Deutsche Medicinal-Zeitung, No. 75, 1890.)

Dass man bei Erwachsenen so wenig nach adenoiden Vegetationen forscht, schreibt Verfasser zumeist den geringen Symptomen zu, mit welchen dieselben einherzugehen pflegen; ausserdem ist ihr Auftreten ein anderes, wie bei dem der Kinder. Bei Erwachsenen treten die Vegetationen isolirt auf und befinden sie sich als erbsen- bis kleinhaselnussgrosse Geschwülste in der Mitte des Rachendaches oder seitlich über einer der Choanen, oder aber über dem Tubenwulst. Zumeist sind Complicationen seitens der Nase vielfach vorhanden und fand Patrzek fast stets einen hypertrophischen Catarrh mit Schwellungen an den Muscheln, in Folge dessen sind stenosirende Erscheinungen mit einem mehr oder minder ausgesprochenen nasalen Beiklang der Sprache vorhanden. Verfassers vier Fälle stehen zwischen 28 und 42 Jahren und empfiehlt er zur radicalen Entfernung die pincettenförmigen Instrumente.

Szenes.

Die Verbiegungen der Nasen-Scheidewand und ihre Behandlung. Von Dr. L. Rèthi, Wien. (Wiener clinische Wochenschrift, No. 27, 29, 30 u. 31. 1890.)

Der umfangreiche Aufsatz Rèthi's theilt uns Alles mit, was wir über diesen pathologischen Zustand zu wissen haben, theils auf Grund eingehender literarischer Durchmusterung, theils aber eigener Erfahrungen. Die meisten Verbiegungen kommen am vorderen und mittleren Theile des Septums vor und theilt Verfasser dieselben in winklige oder eckige und blasige Deviationen ein; erstere gehen mit bedeutenderen Beschwerden einher und kommen diese in Folge äusserer Einwirkungen — Traumen — zu Stande, die blasigen Auftreibungen hingegen verdanken ihr Entstehen Wachsthumsvorgängen in der Nasenscheidewand oder in den Gesichtsknochen, wenn sich an den Ansatzstellen des Septum ein continuirlich wirkender Druck geltend macht. Zur Beseitigung hochgradiger Deviationen schlägt Rèthi ein Operationsverfahren vor, welches er vielfach auch an Cadavern versuchte. Ein lanzettförmiges Messer dient hierzu, mit welchem der Schleimhautschnitt durch die grösste Bucht der Concavität geführt wird und nach dem Zurückschieben derselben, mittelst des hierzu construirten Raspatoriums, erfolgt die Entfernung mit einem ebenfalls schräg zugeschliffenen Meissel. Verfasser bespricht auch das Operationsverfahren bei den Sförmigen, trichterförmigen und rinnenförmigen Deviationen, bei denen er mit Cocain-Pinselungen und nachfolgenden Injectionen, stets ohne Narcose, auskommt.

Szenes.

Neurasthenie und Neuralgie nach Verwundungen der Nasenhöhlen. (Neurasthenia and Neuralgia from traumatism of the nasal passages.) Von W. F. Chappel, M. D. (New-York, Journ. of the resp. organs, Mai 1890.)

Verf. berichtet über vier Fälle aus seiner und zwei aus der Praxis des Herrn Dr. Nichols, in welchen nach operativen Eingriffen in der

Digitized by Google

Nase Symptome traumatischer Neurose sich zeigten. Die Eingriffe bestanden in Absägen von Dornen und in Aetzungen der Schleimhaut. Die Symptome zeigten sich entweder gleich oder einige Zeit nach der Operation. Sie bestanden in neuralgischen Schmerzen im Kopf, in der Stirn und ausstrahlenden nach den Gliedern, dem Rücken und nach einigen oder vielen Gelenken. Wenn sich auch die Symptome nach und nach besserten, so blieb doch bei fast allen eine gewisse nervöse Schwäche zurück. Verf. räth, vor der Operation den nervösen Zustand einer genauen Untersuchung zu unterwerfen und diese Eingriffe nicht ohne Noth zu machen, besonders nicht bei sehr nervös beanlagten Personen.

Dr. M. Schm.

Ozäna und einige andere Formen von Rhinitis. (Ozäna and some other forms of rhinitis.) Von W. Spencer Watson, London. (Lancet, 4. October 1890.)

Nach den microscopischen Untersuchungen von Krause und Anderen ist Verf. durch seine klinischen Beobachtungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass die wahre atrophische Form von Rhinitis eine Form des Lupus, vielleicht des Lupus erythematosus, sei. Der Geruch werde durch die Anwesenheit von putriden Formen von Bacillen hervorgerufen. Er zieht den von Gottstein eingeführten Namen: „chronische fötide Rhinitis“ vor. Zur Behandlung empfiehlt er Nasendouchen mit lösenden und antiseptischen Mitteln Heilungen sind von verschiedenen Seiten berichtet worden. Fälle mit Knochenerkrankungen gehören nicht dazu. Die von Cozzolino auf dem Pariser internationalen Congress für Otologie und Laryngologie beschriebene Rhinitis caseosa vel cholestomatosa ist von der Ozäna zu unterscheiden. Dr. M. Schm.

Ueber Geschwüre und Perforationen im Septum narium. (On ulcorations and perforations of the nasal septum.) Von Dr. Thudichum, London. (Lancet, 18. October 1890.)

Der Verf. trug seine auf Fälle gestützten Ansichten in der Londoner medico-chirurgical Society vor. Er ist der Ansicht, dass diese Erscheinungen auch bei einfacher Rhinitis vorkommen können In der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion bemerkte Dr. Ball, dass Verf. die Lues congenita nicht genügend berücksichtigt habe bei den von ihm durch den Einfluss von Typhus und acuter Rhinitis erklärten Fällen.

Dr. M. Schm.

Cocainisirung der Nasenhöhle und des Cavum pharyngo-nasale. Von Dr. H. Zwaardemaker. (Archiv f. Ohrenheilk., 29. Band, I. Heft.)

Z. führt die Cocainisirung der genannten Cavitäten derart aus, dass er 5—10procentiges Cocainamylum mittelst einer Federpose von vorne in die Nase und mittelst eines passend abgebogenen Glasrohres, welches hinter das Gaumensegel geführt wird, in den Nasenrachenraum bläst. So erzeugt er für den Catheterismus der Tube, für kleine Operationen, Anästhesie der Schleimhaut und Abschwellung des blutreichen Gewebes an den Muscheln. Gomperz.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die typische Pachydermie des Kehlkopfes. Von Prof. Sommerbrodt. (Berl. klin. Wochenschrift No. 19, 1890.)

Mit diesem Namen bezeichnet S., nach dem Vorgange Virchow's, einen durch chronisch-entzündliche Vermehrung des Plattenepithels bewirkten Schwellungszustand der Stimmband-Schleimhaut, der sich durch länglich-ovale, wulst- bezw. schalenförmige, auf beiden Seiten symmetrische Anschwellungen an den hinteren Abschnitten der Stimmbänder in der Gegend der Proc. vocales characterisirt. S. hat 18 Fälle gesehen, davon 17 doppelseitig: auf der einen Seite befand sich stets ein mehr oder weniger grosser, flach convexer Wulst, auf der anderen eine flache Grube oder Schale, in die sich bei der Phonation der Wulst genau passend hineinlegte. Der Wulst war 14 Mal auf der rechten Seite, die Grube 13 Mal links. Auf den Rändern der Gruben oder auf den Wülsten, die beide meist roth erschienen, fanden sich wiederholt kleine Unebenheiten bezw. zackige Erhebungen. Gegen die vorderen zwei Drittel der Stimmbänder zeigte sich deutliche Abgrenzung des Processes und waren diese selbst frei von wesentlichen Veränderungen. Sämmtliche Patienten waren Männer; ein grösserer Procentsatz lebte in feuchten Wohnungen. Die Diagnose bietet, bei einigermaassen entwickelter Affection, auf Grund des sehr charakteristischen laryngoscopischen Bildes keine Schwierigkeiten und wird unterstützt durch die in der Regel geringe Beeinträchtigung der Stimme, welche in keinem Verhältniss zu der vorhandenen pathologischen Veränderung steht. Die Prognose bezeichnet S. als günstig, während er die Therapie für „eine unnütze Quälerei" hält, da die verschiedensten Adstringentien, Jodpräparate, Milchsäure, sich als unwirksam erwiesen haben und operative Eingriffe bei der nicht geringen Stimmstörung nicht richtig seien. Heinze.

Kurzer Bericht über 12 Kehlkopfexstirpationen. (Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.) Von Dr. Tietze. (Berl. klin. Wochenschr. No. 29, 1890.)

Die totale oder partielle Entfernung des Kehlkopfes wurde von 1879 bis 1890 12 Mal an 10 Personen, darunter 2 Frauen, im Alter von 49 bis 57 Jahren ausgeführt, und zwar 9 Mal wegen Carcinom, 1 Mal wegen Sarcom. Der Sitz der Carcinome war 2 Mal Epiglottis und Kehlkopfeingang, einmal die hintere Kehlkopfwand, 2 Mal die linke, 4 Mal die rechte Kehlkopfhälfte. Die Entwicklungsdauer betrug einmal ca. 1½, einmal ca. 4, einmal 3 Jahre; in allen übrigen Fällen längstens 1 Jahr, meist aber kürzere Zeit. Die totale Exstirpation wurde 4 Mal ausgeführt: bei zweien dieser Fälle war die partielle Entfernung vorausgegangen. Sämmtliche 4 endeten tödtlich, durch Recidive (nach 3 Wochen, 4½ Jahr, 1 Jahr, ½ Jahr). Von den 8 Kranken mit partieller Exstirpation starben in den ersten 14 Tagen 4, bei 2 musste die totale Exstirpation nachträglich ausgeführt werden, 1 war ½ Jahr nach der Operation noch recidivfrei, während der mit Sarcom behaftet gewesene Kranke nach 9 Monaten ein Recidiv bekam, welches operirt und geheilt wurde. Dauer der Heilung bis jetzt ein Jahr. Heinze.

Digitized by Google

Die verschiedenen Verbreitungsweisen des diphtheritischen Ansteckungsstoffes und deren Ursachen. Von Dr. med. Pause in Cölln a. d. Elbe. (Corresp.-Bl. der ärztl. Kreis- und Bez.-Vereine im Königreich Sachsen, XLIX. Bd., No. 5, 1890.)

P. hofft, dass die von ihm zusammengestellten Beobachtungen dazu beitragen werden, die Forschungen über die Entstehung und Verbreitungsweise der Krankheit in andere Bahnen zu lenken und die Lehre von der fast ausschliesslichen Contagiosität derselben mit der ihres vorherrschend miasmatischen Charakters zu vertauschen. Er glaubt, dass dann auch für die Prophylaxis der Krankheit noch weitere neue und nicht minder wirksame Maassregeln zur Geltung kommen dürften und vielleicht auch die Therapie daraus einigen Nutzen ziehen könne; denn da er auf Grund langjähriger Erfahrung zu bestätigen vermag, dass die Lebens- und Vermehrungsfähigkeit des Krankheitskeimes sowohl in der Natur, als auch bei seinem Eintritte in den thierischen Organismus wesentlich von dem Feuchtigkeitsgrade des Nährbodens abhängig ist, so scheint ihm, dass eine den Nährboden sterilisirende, also local-austrocknende und dabei antiseptische Behandlungsweise uns als beste Waffe gegen den Feind in die Hand gegeben ist.

Die ausserordentlich gewissenhafte und durch sorgfältige statistische Aufstellungen werthvolle Arbeit verdient Beachtung in weiteren Kreisen.

Beschorner.

Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen als Ursache von Parästhesien bei chronischem Rachencatarrh. Von Dr. Wagner, St. Johann-Saarbrücken. (Allgem. med. Central-Ztg. No. 42, 1890.)

Das adenoide Gewebe an der Zungenwurzel, auch Zungentonsille genannt, fand Verf. in einer grossen Anzahl von chronischen Rachencatarrh-Fällen hypertrophisirt, wodurch die einzelnen Balgdrüsen Erhabenheiten von der Grösse einer Linse bis zu der einer Haselnuss bildeten und somit die Schleimhaut der vorderen Epiglottisfläche reizten. Besonders häufig waren die Wucherungen an den seitlichen Partien des Zungenrandes, zwischen sich eine mediane Furche lassend, in welche sich dann der meistens in Omegaform erscheinende Kehldeckel klemmt. Letzteres tritt besonders deutlich hervor, wenn beim Laryngoscopiren eine Schlingbewegung hervorgerufen wird. Ausserdem kann sich aber auch noch der Kehldeckelrand an eine besonders hervorragende Erhabenheit anlehnen und auf diese Weise mechanisch irritirt werden.

Bezüglich der Therapie empfiehlt Verf. Aetzungen mit Höllensteinlösungen, event. Pinselungen mit Jodjodkaliglycerin, bei circumscripten Wucherungen hingegen die Galvanocaustik.

Szenes.

Ueber Fremdkörper im Oesophagus und in der Trachea. Von Dr. Stelzner, Dresden. (Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden 1889—1890.)

Gelegentlich eines Vortrages über genannte Materie erwähnt Verf. eines Falles, der ein 19jähriges, an angeborener Gaumenspalte leidendes Mädchen betraf: 3 Wochen vor der ersten Untersuchung durch den Vortragenden hatte dasselbe einen Theil des zur Deckung des Defectes bestimmten künstlichen Gaumens verschluckt gehabt und war danach an

Digitized by Google

heftigem, besonders beim Schlingen auftretenden Husten erkrankt. Da bei der Sondirung des Oesophagus kein Hinderniss nachweisbar war und andererseits über Schmerz bei Druck in der Pylorusgegend geklagt wurde, musste, besonders mit Rücksicht auf die Grösse des verschluckten Gegenstandes, angenommen werden, dass derselbe sich im Magen befinde und den Pylorus verstopfe, auch sprach hierfür die anscheinend vorhandene Dilatation des Magens. Die Gastrotomie wurde ausgeführt, es fand sich aber kein Fremdkörper im Magen. Unter den Erscheinungen einer Aspirationspneumonie trat der Tod ein. Bei der Section fand sich der daumengliedgrosse Fremdkörper in einer vorderen, mit der Trachea dicht über deren Bifurcation communicirenden Tasche des Oesophagus, welche durch Druckbrand zu Stande gekommen war. — In der sich an den Vortrag schliessenden Discussion theilt Beschorner einen Fall von Fremdkörper in den Luftwegen mit, der die Frage anregt, was zu thun und ob die Tracheotomie auch in den Fällen indicirt sei, wo vor längerer Zeit ein Fremdkörper aspirirt wurde, Anamnese und Exploration aber über Grösse und Sitz desselben keine Auskunft geben: Im Januar 1889 aspirirte eine Dame bei Genuss von Suppe ein Knöchelchen. Es traten sofort schwere Hustenzufälle ein, gegen welche Patientin vergeblich ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Im März wurde B. consultirt. Laryngo-Tracheoscopie und Exploration der Lungen ergaben negatives Resultat. Den Rath, zu fernerer Beobachtung in eine Krankenanstalt zu gehen, lehnte Patientin ab. Aufang Juli hatte sich der Husten ins Unerträgliche gesteigert. Heftiger Schmerz in der Mitte des Sternums und äusserst fötider Halit. ex ore bemerkbar. Abermalige Untersuchung erfolglos. Inhalation von Carbolspray. Nach wenigen Tagen hustete Patientin ein Knöchelchen aus (6. Juli) und war frei von Beschwerden, die aber kurz darauf wiederkehrten, bis am 2. August eine scharfkantige Knochenlamelle zum Vorschein kam mit nachfolgender voller und andauernder Euphorie. Eine späte Tracheotomie würde hier nicht nur nutzlos, sondern sogar der spontanen Expectoration durch die eingelegte Trachealcanüle hinderlich gewesen sein, da diese zudem das letzte der Knochenstückchen, welches über 1 Ctm. breit und lang war, nicht hätte passiren lassen können. Beschorner.

Traumatische Laryngitis. Wahrscheinliche Ruptur einiger Muskelfibrillen des Thyroarytenoideus internus. Gebrochene Stimme. (Laryngite traumatique. Rupture probable de quelques fibrilles musculaires du thyroaryténoidien interne. Voix cassée.) Von Dr. Lacoarret. (Annales de la Policlinique de Bordeaux und Revue de laryngologie et d'otologie No. 19.)

Ein reisender Händler schrie zu laut und verspürte plötzlich Schmerzen am Halse. Die Stimme brach und wurde doppeltönig. Der Spiegel zeigte das rechte Stimmband geröthet, geschwollen, schlaff, mit eingekerbtem freien Rande. Trotz aller Behandlung blieb die Stimme mangelhaft. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber tuberculöse Larynxtumoren. (Sur les tumeurs tuberculeuses du larynx.) Von Dr. Cartaz. (Archives de laryngologie und Revue de laryngol. et d'otologie No. 19.)

3 Fälle von Larynxtumoren, welche durch das Microscop erkannt wurden; sie waren das einzige Symptom der Larynxphthise; die 3 Pat. starben an Lungenschwindsucht. Diese Tumoren können überall im Larynx vorkommen, sie sind meist nur einfach, können alle Formen annehmen; histologisch sind es Tuberkelhaufen. Dr. P. K.

Bemerkungen über Oesophagotomie zur Entfernung fremder Körper. (Remarks on Oesophagotomy for the removal of foreign bodies.) Von F. A. Southam, Manchester. (Lancet, 18. Decbr. 1889.)

Es handelte sich in den beiden Fällen um verschluckte Zahnplatten bei Erwachsenen. Beide wurden geheilt.

Verf. empfiehlt, die Oesophaguswunde nicht zu nähen, wenn die Ränder der Wunde stärker gequetscht wurden. Als Nachbehandlung macht er reichliche Drainirung und Trinkenlassen von Borlösungen.

Am Schlusse giebt er eine Zusammenstellung der Ergebnisse der Operation: Es sind im Ganzen 98 Fälle mit 75 Heilungen.

Dr. M. Schm.

Einige Erscheinungen von Lithaemie in den oberen Luftwegen. (Some Manifestations of Lithaemia in the Upper Air Passages.) Von F. Whitehill Hinkel, Buffalo. (The Amer. Journ. of the Med. Sciences, November 1889.)

H. ist gleich Allen der Ansicht, dass es nicht bestimmte Symptome giebt, die eine gichtische Affection der oberen Luftwege scharf characterisiren, sondern dass gewisse Erscheinungen auf die Anwesenheit von Gicht nur hindeuten. Zu diesen gehören unter anderen fleckige Trübung der Epiglottis an ihrer laryngealen Fläche und an den aryepiglottischen Falten, ferner starke Reaction der Schleimhäute gegen Adstringentien, wie bereits von Allen constatirt, und Schmerzen, zuweilen nur Druck-Empfindlichkeit beim Schlucken. W. Fr. (N.-Y.).

INHALT.

I. Originalien: Szenes: Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie. (Schluss.) — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin. (Fortsetzung.) — Koll: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Bremen 1890. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.) — Gradenigo: Ueber die electrische Reaction des Nervus acusticus und ihre graphische Darstellung. — b) Rhinologische: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes bei Erwachsenen. — Röthi: Die Verbiegungen der Nasenscheidewand und ihre Behandlung. — Chappel: Neurasthenie und Neuralgie nach Verwundungen der Nasenhöhlen. — Watson: Ozäna und einige andere Formen von Rhinitis. — Thudichum: Geschwüre und Perforationen im Septum narium. — Zwaardemaker: Cocainisirung der Nasenhöhle und des Cavum pharyngo-nasale. — c) Pharyngo-laryngologische: Sommerbrodt: Ueber die typische Pachydermie des Kehlkopfes. — Tietze: Kurzer Bericht über 12 Kehlkopfextirpationen. — Pause: Die verschiedenen Verbreitungsweisen des diphtheritischen Ansteckungsstoffes und deren Ursachen. — Wagner: Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen als Ursache von Paraesthesien bei chronischem Rachencatarrh. — Stelzner: Fremdkörper im Oesophagus und in der Trachea. — Lacoarret: Traumatische Laryngitis. — Cartaz: Tuberculöse Larynxtumoren. — Southam: Bemerkungen über Oesophagotomie zur Entfernung fremder Körper. — Hinkel: Einige Erscheinungen von Lithaemie in den oberen Luftwegen.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Das Register vom Jahrgang 1890 wird am 30. d. Mts. expedirt.

Digitized by Google

Digitized by Google